

Sirpa Makkonen ja Mira-Maria Ruuskanen

RAI- arviosta kuntouttavaan työotteeseen

Opinnäytetyö

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala

Hoitotyön koulutusohjelma

Syksy 2013



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma.
Tekijä(t) Sirpa Makkonen, Mira-Maria Ruuskanen	
Työn nimi Rai- Arviosta kuntouttavaan työotteeseen	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Gerontologinen hoitotyö	Ohjaaja(t) Pirjo Leskinen, Anitta Juntunen
	Toimeksiantaja Sotkamon kotihoito
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 39+6
<p>Opinnäytetyömme lähtökohtana on tarkastella kuntouttavan työotteen merkitystä kotihoidon asiakkaalle RAI- toimintakykyarvioinnin tulosten pohjalta. Opinnäytetyömme on toimintatutkimus. Toimintatutkimuksen avulla pyritään kehittämään toimintaprosesseja. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys rakentuu hoitotyön laadun ympärille.</p> <p>Toimeksiantajana on Sotkamon kotihoito. Kotihoidossa on tällä hetkellä noin 50 henkeä töissä. Säännöllisiä asiakkaita on 250 ja tilapäisiä 150. Kotihoidon työntekijät valitsivat tutkimukseen mukaan 13 asiakastaan jotka saivat säännöllisiä palveluita. Lopullisessa tutkimusaineistossa näistä asiakkaista oli jäljellä 7 henkilöä.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvailla liikuntaintervention vaikutusta kotihoidon asiakkaan toimintakykyyn. Tavoitteena on vahvistaa tutkitun tiedon avulla hoitotyöntekijöiden kuntouttavan työotteen juurruttamista työelämän käytäntöön ja parantaa sitä kautta kotihoidon hoitotyön laatua. Tutkimuskysymykseksi muodostui: Kuinka kuntouttavan työotteen käyttö vaikuttaa kotihoidon asiakkaan toimintakykyyn?</p> <p>Kartoitimme Sotkamon kotihoidon asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn muutosta. Kotihoidon asiakkaan kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan ongelmat, riskit ja voimavarat nostettiin RAI- toimintakykyarvion CAPs- mittareista ja tunnistimista. Vertailimme kahden RAI – toimintakykyarvion fyysisen toimintakyvyn mittareita toisiinsa. Arvioiden välissä oli neljän kuukauden seurantajakso, jonka aikana Sotkamon kotihoidon asiakkaat toteuttivat omaa kuntoutussuunnitelmaansa, joko itsenäisesti tai hoitajan tuella. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella kaatumiset vähenivät ja päivittäisissä toiminnoissa tuli parantumista. Välinetoiminnoissa arvion mukaan tuli huonontumista, silti vaikeudet välinetoiminnoissa pysyivät keskimäärin samoina. Kotihoidon asiakkaan subjektiivinen kuntoutumisen tunne lisääntyi. Tutkimusten tulosten perusteella suunnitelmallinen liikuntainterventio ja sen toteutus vaikuttaa kotihoidon asiakkaan toimintakykyisyyden säilymiseen.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	RAI- toimintakykyarvio, hoitotyön laatu, kotihoito, kuntouttava työote
Säilytyspaikka	<input type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto



School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Makkonen Sirpa and Ruuskanen Mira-Maria	
Title Applying RAI Assessments to Rehabilitative Work Approach	
Optional Professional Studies Gerontological Nursing	Instructor(s) Leskinen Pirjo and Juntunen Anitta
	Commissioned by Sotkamo Homecare
Date Autumn 2013	Total Number of Pages and Appendices 39+6
<p>The purpose of this thesis was to describe the effect of a physical exercise intervention on home care clients' functional capacity using the Resident Assessment Instrument (RAI) assessments. The aim was to enhance the application of the rehabilitative work approach into practice through evidence-based knowledge and, thus, improve the quality of nursing in home care. The commissioner of this thesis was Sotkamo Home Care that currently employs over 50 persons, and has 250 regular and 150 temporary clients.</p> <p>13 regular clients were initially chosen by the home care staff to participate in this thesis, and the final data for this thesis comprises seven clients. The research question of this action study was to explore how the rehabilitative work approach affected home care clients' functional capacity. For this thesis changes in home care clients' physical functional capacity were studied. Problems, risks and resources for clients' rehabilitative care plans emerged from the results the RAI assessments and related Clinical Assessment Protocols (CAPs). The results of two RAI assessments were compared at an interval of four months during which the clients implemented their individual, rehabilitative care plans either independently or with the help of a nurse.</p> <p>The results of this thesis showed that during the intervention falls decreased, clients performed their daily activities better and their subjective perception of rehabilitation was reinforced. However, performance in instrumental daily activities deteriorated. Conclusively it can be said that a systematic physical exercise contributes to the maintenance of home care clients' functional capacity</p>	
Language of Thesis Finnish	
Keywords Homecare, RAI-assessment, quality of nursing, rehabilitating nursing	
Deposited at	<input type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

Itki vanhus yksinensä

Oli kuulemma liian heikko

Kotonansa pärjäämään

Lumipolkunsa talvella aukaisi

Kesällä nurmikkonsa leikkasi

Omin käsin kaiken teki

Kasvimaansa kasvatti

Nyt niin tyhjä katseensa on

Poissa ilo, olonsa lohduton

Kaipaa vain takaisin kotiin.

-Onija-

Kiitämme Sotkamon kotihoidon henkilöstöä, ihania asiakkaita, ohjaavaa opettajaa,
sekä perheitämme jaksamisesta.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 HOITOTYÖN LAATU KOTIHOIDOSSA	4
2.1 Laadukas kotihoito	4
2.2 Kotihoidon asiakkaan voimavarojen vahvistaminen kuntouttavalla työotteella	6
2.3 RAI- toimintakykyarviointimenetelmä	9
2.4 Liikuntaintervention menetelmät	11
2.5 Aiemmat tutkimukset	12
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	14
4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTONKERUU	15
4.1 Toimintatutkimus	15
4.2 Kotona asumista tukevat palvelut/ Sotkamon kotihoito	17
4.3 Aineiston keruu	19
4.3.1 Fyysinen toimintakyky RAI- arviointimenetelmässä	21
4.3.2 Kotihoidon asiakkaan liikuntainterventio	22
4.3.3 Sitouttaminen	23
5 TULOKSET	24
5.1 Liikuntaintervention merkitys kotihoidon asiakkaalle	24
5.2 Seurantakaavake liikuntainterventiossa	27
6 POHDINTA	29
6.1 Luotettavuus ja eettisyys	29
6.2 Ammatillinen kasvu	36
6.3 Opinnäytetyön hyöty	38
6.4 Jatkohankkeet	38
6.5 Johtopäätökset	39
LÄHTEET	40
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste- ohjelma) on laadittu vuosille 2012–2015 juurruttamaan ja kehittämään hyviä käytänteitä sosiaali - ja terveydenhuoltoon. Tavoitteena ohjelmalla on eriarvoisuuden vähentäminen ja rakenteiden sekä palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti (Kaste ohjelma 2012–2015). Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012) tarkoituksena on tukea ikääntyneen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä, tuottaen laadukkaita yksilöllisesti tuotettuja palveluita myös muuttuneessa toimintakyvyn tilanteessa. Tilastokeskuksen mukaan eläkkeelle siirtyvät ikäluokat ovat tällä hetkellä, mutta myös tulevaisuudessa, suurempia kuin työmarkkinoille tulevat ikäluokat. (Ruotsalainen, 2012). Myös Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on kiinnittänyt huomiota iäkkäiden kaatumistapaturmien lisääntymiseen ja toteaa, että kaatumisista uhkaa tulla merkittävä kansantaloudellinen ja kansanterveydellinen haaste. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2013.)

Kainuun väkiluku oli vuonna 2012 n. 80 000 henkeä. Kainuun sosiaali - ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Kainuun sote) alaisuuteen kuuluvat vanhuspalvelut jotka tuottaa, järjestää ja koordinoi palveluohjauksen keinoin kainuulaisille ikäihmisille ja heidän omaisilleen sosiaali- ja kansanterveys- lainmukaisia kotona asumista tukevia palveluja. Vanhuspalvelujen arvoina ovat voimavara- lähtöisyys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Ikääntyvän kainuulaisen pitäisi selvitä turvallisesti ja itsenäisesti omassa kodissaan palvelujen turvin, saaden tarvittaessa hyvä ja turvallinen ympärivuorokautinen hoiva- ja hoito (Kainuun tilastoina 2013; Kainuun sote). Olemme työskennelleet Paltamon ja Sotkamon kotihoidossa lähihoitajina. Kuntouttavaa työtettä käytämme työskentelyn tukena, joten oli luonnollista jatkaa asian tutkimista saadessamme idean työntilaaajalta.

Opinnäytetyömme on toimintatutkimus, jolla voidaan lisätä työyhteisössä uusia näkökulmia työskentelyn tueksi. (Metsämuuronen, 2008). Kartoitimme Sotkamon kotihoidon asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn muutosta, jonka jälkeen vertailimme kahta RAI - toimintakykyarviota keskenään, joista oli nostettu fyysisen toimintakyvyn mittarit esille. Ar-

vioiden välissä oli neljän kuukauden seurantajakso, jonka aikana Sotkamon kotihoidon asiakkaat toteuttivat omaa liikuntasuunnitelmaansa, joko itsenäisesti tai hoitajan tuella.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla liikuntaintervention vaikutusta Sotkamon kotihoidon asiakkaan fyysiseen toimintakykyyn. Tavoitteena on vahvistaa tiedon kautta hoitotyöntekijöiden kuntouttavan työotteen juurruttamista, jolloin kotihoidon hoitotyön laatu paranee. Hoitotyön laatuun kuuluu hoitajan toteuttama kuntouttava työote, jolla vahvistetaan iäkkään turvallisuutta. Ehkäistäkseen muita palveluntarpeita, huomiota on erityisesti kiinnitettävä ikääntyneen kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin, arvioinnin apuvälineenä RAI- arviointijärjestelmä on kotiooloissa käypä väline (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff - Lahtela, 2007).

Opinnäytetyöllä tuotiin näkyväksi kuntouttavaa työotetta hoitotyön menetelmänä ja osoitettiin kotihoidon asiakkaan hyötyvän sen käytöstä. Opinnäytetyöllä tuotettiin tietoa Sotkamon kotihoidolle siitä kuinka siellä toteutuu vertailuarviointien tekeminen ja asiakkaan palveluntarpeen, sekä toimintakyvyn arviointi.

2 HOITOTYÖN LAATU KOTIHOIDOSSA

Hoitotyön laatuun kuuluu hoitajan toteuttama kuntouttava työote, asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen arvioiminen ja arvioinnin siirtäminen hoitosuunnitelmaan. Ns. ”vanhuspalvelulaissa” (2012, 13§) palveluiden pitää tukea ikääntyneen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Ehkäistäkseen muita palveluntarpeita, huomiota on erityisesti kiinnitettävä ikääntyneen kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980). Väestön ikärakenteen muuttuessa monet pitkäaikaissairaudet lisääntyvät, jonka vuoksi tarvitaan toimia joilla turvata palvelut. Avuksi on Kaste-ohjelmassa nostettu ennaltaehkäisy sekä varhaisen puuttumisen ja tuen malli. Yhteiskunnan tehtävänä on taata kaikille hyvinvointia ja terveyttä tukevat yksilölliset, yhteisölliset ja yhteiskunnalliset ratkaisut turvallista ja esteetöntä ympäristöä unohtamatta, siksi kuntoutuksen ja hyvinvointia, sekä terveyttä edistävien palvelujen osuutta pitää lisätä asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti (Kasteohjelma 2012–2015). RAI-arviointijärjestelmästä on nykyään saatavilla jo useita tutkimuksia niin laitoshoidosta kuin avopalveluistakin. Tähän mennessä kotihoidon asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn kartoitusta ei kuitenkaan ole tehty Sotkamon kotihoidossa.

2.1 Laadukas kotihoito

Kotihoidolla käsitetään kotipalvelun ja sairaanhoidon palvelut. Se on harkinnanvaraista ja yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa henkilökohtaista hoivaa, huolenpitoa sekä terveyden- ja sairaanhoitoa, joka tapahtuu asiakkaan kotona. Laadukas kotihoito perustuu asiakkaan tarpeiden ja toimintakyvyn arviointiin ja se edistää kuntoutumista. (Kainuun sote-kuntayhtymä, sekä sosiaali- ja terveysministeriö).

Sosiaali- ja terveysministeriö on osana Kaste-ohjelmaa asettanut työryhmän selvittämään ikäihmisten ympärivuorokautisen hoidon rakenteiden ja sisällön kehittämiseen. Työryhmä on laatinut raportin, jonka mukaan asiakkaan hoidon ja huolenpidon laatua on kattava tarpeiden ja voimavarojen arviointi ja kerätyn tiedon hyödyntäminen, tämä luo perustan hoito- ja pal-

velusuunnitelmalle. Kuntoutumista edistävä toiminta luetaan myös korkealaatuisen hoidon tunnusmerkkeihin. Samaisessa raportissa kotihoidon laatuun on asetettu tavoitteiksi ennakoi-
 voisuus ja kattavuus niin, että palveluilla ja kattavalla toimintakyvyn arviolla pyritään reagoi-
 maan muutoksiin riittävän nopeasti. Laadukkaassa kotihoidossa asiakkaan toimintakykyä
 edistetään huomioiden asiakkaan fyysinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja psyykinen toiminta-
 kyky ja voimavarat. Toimintakykyä edistävä toimintatapa on yhteydessä elämän- ja palvelujen
 laatuun edistämällä ikääntyneen mahdollisuuksia käyttää voimavarojaan. (Ikähoiva -työryhmän
 muistio, STM, 2010:28)

Kotihoidon laatua voidaan määrittellä monin eri tavoin asiakkaan tasolta yhteiskunnan tasolle
 saakka. Laadun riittävän kattavan arvioinnin saavuttamiseksi, laatua on katsottava monesta
 eri näkökulmasta. Vuotilaisen (2007,13) mukaan laadukas palvelutoiminta on asiakaslähtöis-
 tä, perustuu kattavaan palvelutarpeen arviointiin, on tavoitteellista, säännöllisesti arvioitua ja
 toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan. Laadukas palvelutoiminta perustuu toi-
 mintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan ja se toteutetaan yhteistyössä. Lisäksi sen
 pitää perustua tutkimustietoon ja hyviin käytänteisiin. Vuotilainen on nämä laadun kriteerit
 koonnut lakien ja suositusten, sekä muiden sosiaali - ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla.
 Muun muassa terveydenhuoltolaissa (2010) on määriteltä, että toiminnan on perustuttava
 näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, toiminnan on oltava laadukasta, turvallista
 ja asianmukaisesti toteutettu. 20§:ssä ikääntyneellä kuntalaisella on oikeus terveyden ja toi-
 mintakyvyn heikentymisestä aiheutuvien ongelmien tunnistamiseen ja varhaiseen tukeen.
 Kunta voi järjestää terveyttä edistäviä terveystarkastuksia ja hyvinvointia edistäviä kotikäynte-
 jä ikääntyneille kuntalaisilleen. Outisen (2002,205–208) mukaan taas laatutyö itsessään on
 oman työn, työyksikön sekä hoidon ja palveluiden laadun kehittämistä. Laatutyöhön kuuluu
 asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja työprosessien tarkastelu ja myös Outinen listaa tutki-
 tun tiedon laatutyöhön olennaisesti kuuluvaksi. Heinola (2007,99) on koonnut kotihoidon
 laadun arvioinnin kriteerit, joista asiakasnäkökulmasta kotihoidon laatua kuvaa omahoitajuus
 ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutettaessa hoitoa. Asiakkaan osalli-
 suuden ja voimavarojen tukeminen on osa kotihoidon laatua. (Heinola, 2007;Vuotilainen,
 2007;Outinen, 2002).

Etenen julkaisussa ”Vanhus ja hoidon etiikka” hyvään hoitoon kuuluvat ammattitaitoiset ja
 turvalliset hoitajat, sekä riittävästi aikaa hoidon toteuttamiseen, eli hyvässä hoidossa tuetaan
 vanhusta ikääntyneen olemassa olevia voimavaroja ja kykyä. Myös Valviran kanta on, että

hyvään hoitoon ja hoivaan, eli hoitotyönlaatuun kuuluu riittävä, ammattitaitoinen henkilöstö. Etene ja Valvira ovat listanneet, että hoidon suunnittelussa monien osaajien asiantuntijuus ja yhteistyö on osa laatua. Onhan asiakkaan tarpeista lähtevä hoitosuunnitelma lakisääteinen. Vanhuksella pitäisi olla oikeus luottaa siihen, että hänellä on saatavilla asianmukainen hoito ja palvelut niitä tarvitessaan. Asianmukaiseen hoitoon ja palveluihin luetaan mahdollisuus ympärivuorokautiseen hoitoon kotona selviytymisen käydessä mahdottomaksi, kuitenkin niin että ns. sijoituspäätös tapahtuu yhteisymmärryksessä vanhuksen elämäntilanteen ja näkemysten kuin myös moniammatilliseen monipuoliseen arviointiin (Terveystieteiden tutkimuskeskus, Vanhusten ympärivuorokautinen hoiva ja palvelut- opas, Valvira).

2.2 Kotihoidon asiakkaan voimavarojen vahvistaminen kuntouttavalla työotteella

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia vuosille 2009–2013 nostaa esille potilasturvallisuuden periaatteita ja tapoja toimia niin, että parannetaan potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuus on terveyden ja sairaanhoidon laadun perustana. Turvallinen hoito toteutuu silloin, kun se tapahtuu oikeaan aikaan ja oikealla tavalla, eikä hoidosta koidu potilaalle turhaa haittaa. Turvallisessa hoidossa hyödynnetään kaikkia käytössä olevia voimavaroja, erityisesti huomioiden potilaan omat voimavarat. Potilasturvallisuuskulttuurista puhuttaessa tarkoitetaan riskien hallintaa, ehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä, sekä toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Turvallisuuksukulttuuria vahvistamalla vähennetään riskejä ja hoidon aikana tapahtuvia haittoja. Kuntouttava työote on yksi turvallisuuskulttuuria vahvistava työmenetelmä. Myös jatkuvalla, järjestelmällisellä kirjaamisella pystytään arvioimaan kuntouttavan hoitotyön onnistuminen työntekijöiden ja asiakkaan näkökulmasta, kuinka asiakas on edistynyt kuntoutumisprosessissaan ja millaisilla keinoilla edistymistä on tuettu. (Kotiin annettavat palvelut ja hoito, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014.)

Moniammatillisella toimintatavalla, avoimella ilmapiirillä ja jatkuvalla toiminnan kehittämällä tähän on mahdollista päästä niin, että jokainen on yhdessä vastuussa potilasturvallisuuden toteutumisesta. (Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013.) Moniammatillisuudella tarkoitetaan muun muassa eri ammattiryhmissä toimivien asiantuntijoiden yhteistyötä niin, että jaetaan jokaisen yksilöllinen valta, tieto ja osaaminen. Yhteistyössä korostuu se, kuinka saadaan koottua yhteen kaikki tieto ja osaaminen asiakkaan laadukkaan ja kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi. Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista

asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä, sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä (Kontio, 2010; Terveydenhuoltolaki 2§, 2010).

Kuntouttavalla työotteella pyritään parantamaan yksilön selviytymistä ja se on yksi hoitajan työmenetelmistä. Kuntoutusta voivat tarjota fysioterapeutit, jotka tarjoavat erityiskuntoutusta kun taas hoitotyöntekijät toteuttavat toisin sanoen yleiskuntoutusta. Asiakkaalta kuitenkin edellytetään sitoutumista kuntoutumiseen ja moniammatillisen työryhmän sitoutumista tukemaan asiakasta saavuttamaan yhteinen tavoite. Kuntouttavassa hoitotyössä pyritään edistämään yksilöllistä, asiakaslähtöistä toimintatapaa. Kaiken toiminnan on tarkoitus olla asiakkaan itsenäistä selviytymistä tukevaa, jossa kannustetaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista aktiivisuutta. Tavoitteena on tukea ja edistää liikkumis- ja toimintakykyä, omatoimisuutta, sekä elämän- mielekkyyttä ja hallintaa. Kuntoutuksen voimavarat, lähiympäristön voimavarat ja niiden hyödyntäminen ovat perustana kuntoutumiseen. Asiakkaan perushoidossa kuntouttavassa työotteessa on pyrittävä tunnistamaan ja ennaltaehkäisemään asiakkaan kuntoutumiseen liittyvät riskit, kuten kaatumiset, painehaavaumat, masentuneisuus, ravitsemusongelmat ja pidätyskyvyttömyys. Toimintakyky rajoittuu ikääntyessä ja näin mahdollisuus tehdä toiminnallisia valintoja vähenee. (Kotiin annettavat palvelut ja hoito, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014.)

Bowlingin tutkimuksessa Britanniassa (2007) oli tarkoituksena tunnistaa ikäihmisten käsityksiä aktiiviseen ikääntymiseen. Käsityksiä verrattiin kirjallisuuteen ja iäkkäiden ihmisten käsityksiin onnistuneesta vanhenemisesta ja elämänlaadusta. Tutkimuksen mukaan havainnot osoittavat, että on tarve kehittää kaikenkattava mutta realistinen, ”aktiivisen ikääntymisen”-käsite, joka kattaa myös toimintakyvyltään huonommat ja vähemmän aktiiviset ikääntyneet. Kuitenkin ikääntyneiden yleisin käsitys aktiiviseen ikääntymiseen oli ylläpitää terveyttä ja toimintakykyään olemalla fyysisesti ja henkisesti aktiivinen, jolloin myös elämänlaatu paranee tai pysyy hyvänä (Bowling, 2007). Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että ennenaikainen vuodepotilaaksi joutuminen ei ole ikääntyneen mieleen, ainakaan Britanniassa. Suomessa hyvän ikääntymisen ja palvelujen laatusuosituksen keskeinen sisältö on, että ikääntyneen terve, toimintakykyinen ja osallistuva elämä turvataan oikea-aikaisilla ja monipuolisilla palveluilla. Varautumalla ja turvaamalla tämän, ikääntyneiden elämänlaatu paranee ja tarve sosiaali- ja terveyspalveluille vähenee tai ainakin siirtyy myöhemmäksi. Tällä on kansantaloudellista merkitystä suosituksen mukaan (Hyvän ikääntymisen ja palvelujen laatusuositus, 2012).

Toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että ihminen selviytyy itselleen merkityksellisistä jokapäiväisistä toiminnoista. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ikääntyessä johtuu biologisista muutoksista kehossa ja fysiologisten toimintojen heikentymisestä, jolloin muun muassa kaatumisten lisääntymisen vaara kasvaa. Kaatuminen voi johtua ulkoisista tai sisäisistä syistä. THL:n mukaan iäkkäiden kaatumistapaturmat ovat lisääntyneet nelinkertaisiksi viimeisen 25 vuoden aikana, ja koska väestön elinajan ennuste kasvaa koko ajan, kaatumisista uhkaa tulla merkittävä kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste. Toimintakykyä voidaan määrittää, joko voimavara- ja toimintakyvyn välikäytännöllä tai toiminnan vajauksien kautta. Toimintakyvyn arvioinnissa vaaditaan laajaa osaamista ja moniammatillista tiimiä, jossa hyödynnetään eri osaajien tietämystä. Arvioinnissa keskeisessä osassa on asiakkaan ja hänen läheisensä mielipide, ettei korjata jotain, mikä ei korjaamista vaadi. Toimintakyvyn arviointiin voidaan käyttää erilaisia mittareita, joilla mitataan henkilön toimintakykyä ja toiminnan vajeita. Tässä opinnäytetyössä käytössä on RAI- arviointi- ja seurantajärjestelmä (myöhemmin RAI- arviointi tai RAI- arvio), jonka täyttämiseen olennaisesti kuuluu asiakkaan ja läheisen haastattelu, päivittäisten toimintojen havainnointi ja ympäristötekijöiden selvittäminen (Pajala, 2012; STM, Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana sosiaalihuollon palveluja, 2006; Hägg, ym. 2007; Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2013).

Kanadassa 13 % kotihoidon asiakkaista kokee haittavaikutuksia vuosittain. Doran ym.(2013) toteavat tutkimuksessaan, että vakava kaatuminen oli suurin syy pitkäaikaishoitoon joutumiseen tai kuolemaan. He suosittelivat käyttämään työkaluja, joita on tällä hetkellä saatavissa. Kuten RAI- toimintakyvyn arviointimittari, jonka avulla voidaan arvioida asiakkaiden toimintakykyä, ja sen kautta vähentämään asiakkaille tapahtuvien haittatapahtumien määrää. Haittatapahtumien esiintyminen on potilasturvallisuus asia, ja siitä on paljon dokumentoitua tietoa potilaiden akuutti-hoitotilanteissa. Kotihoidon turvallisuudesta ja sen ongelmista on kuitenkin olemassa rajoitetusti tietoa. Tutkimuksella kartoitettiin puuttuvia tietoja kotihoidon osalta. Kotihoito eroaa akuutti- ja sairaalahoidosta neljällä merkittävällä tavalla. 1) Palvelutuotannon muodon erot, 2) Perheenjäsenten roolin erot, 3)asiakkaiden ja potilaiden saaman hoidon ominaisuudet, sekä 4) paikka jossa hoitoa annetaan. Esimerkiksi perheenjäsenet toimivat usein epävirallisina omaishoitajina, täydentäen hoivaa kotihoidon asiakkaan ja työntekijöiden välillä. Näin ollen hoitotuloksiin vaikuttavat palvelujen tarjoajat, mutta myös omaisten hoitotyön laatu ja asiakkaiden, sekä heidän omaishoitajiensa päätökset kotioloissa. Kotihoito on

hoitovaihtoehto, jonka käyttö kasvaa myös Kanadassa ja jonka kustannukset ovat yhtäläiset muun hoidon rinnalla (Doran. ym. 2013).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) kertoo, että toteutettaessa terveyden- ja sairaanhoitoa on tarpeen vaatiessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Tästä tulee ilmetä hoidon järjestäminen ja aikataulu, kuinka sitä toteutetaan. Suunnitelmaa laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan, omaisen tai läheisen tai laillisen edustajan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992/785). Myös laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) korostetaan sitä, että asiakkaalla on oikeus yhteistyössä tehtyyn hoito- tai palvelusuunnitelmaan. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 2000/812.) Terveydenhuoltolaissa (2010, 29§) taas lääkinnällisestä kuntoutuksesta sanotaan näin, lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu muun muassa potilaan toiminta- ja työkyvyn, sekä kuntoutustarpeen arviointi, toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat, sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet. Lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeet, tavoitteet ja sisältö määritellään kirjallisessa yksilöllisessä suunnitelmassa (Terveydenhuoltolaki, 2010/1326).

2.3 RAI- toimintakykyarviointimenetelmä

Resident assessment instrument, RAI eli asiakkaan arviointivälineen ensimmäinen perusversio luotiin Yhdysvalloissa 80- luvun puolivälissä. Kotihoitoon kehitettiin 90-luvun alussa kansainvälisen yhteistyön tuloksena vastaavat työvälineet. Näiden lisäksi työvälineitä on kehitetty muun muassa psykiatriseen, akuuttihoitoon ja kuntoutusosastoille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan RAI:ta kuvataan nykypäivän Suomessa kansainvälisenä laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmänä. RAI- vertailukehittäminen on kansallisen ja kansainvälistä hoidon ja palveluiden kehittämistä vertailun avulla. Tämä onnistuu niin, että RAI- arviointijärjestelmät ovat yhteydessä THL:n tietokantaan, jolloin on mahdollista kerätä kansallisesti tarvittavia tietoja ja laatia niistä muun muassa yksikkökohtaisia raportteja. Vertailukehittämisen apuvälineitä ovat THL:n puolivuositain tuottamat palautetaulukot, puolivuositain päivittämät palautekuutiot, puolivuositain järjestämät palauteseminaarit, käsikirjat, oppaat, raportit, tutkimustoiminta, ja muu toiminta. 1990 -vuodesta lähtien RAI- arviointivälineen kehittäjänä on toiminut kansainvälinen voittoa tavoittelematon tutkijaorganisaatio, *interRAI*.

Jokainen RAI on toistensa kanssa yhteensopiva, eli vaikka asiakas siirtyy hoitolaitoksesta kotiin, RAI- arvioinnit kykenevät keskustelemaan toistensa kanssa. Jokaisessa RAI:ssa on kysymyssarja nimeltä *minimum data set*, *MDS* eli pienin tarvittava tietomäärä, käsikirja sekä apuväline yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamiseen. Apuvälineinä RAI:ssa käytetään *MDS*- kysymyssarjan tuottamia kansainvälisesti validoituja ja luotettavaksi arvioituja mittareita, eli RAI:n tietopohja koostuu standardoiduista tiedoista, jotka saadaan kerättyä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Ydinkysymykset RAI:ssa ovat samat kaikissa palvelujärjestelmissä, lisäksi esimerkiksi kotihoitoon on kehitetty palvelukohtaisia kysymyksiä. Hoidon laatu syntyy prosessina, jossa asiakkaan tarpeisiin vastataan hyödyntämällä hänen jäljellä olevaa toimintakykyään käyttäen apuna hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja viimeistä käytettävissä olevaa tietoa (Finne-Soveri, Björgren, Noro & Vähäkangas, 2005; Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos, RAI).

Kotihoidossa RAI- järjestelmää käytetään RAIsoft- HC (HomeCare) ohjelmiston avulla. Ohjelmiston tarjoamat työvälineet ovat hoidon tarpeen, laadun ja voimavarojen systemaattinen arviointi ja seuranta. Arvioinnin avuksi ohjelmistoon on integroitu käsikirja, josta voi tarkastaa kulloisenkin kysymyssarjan ohjeet. Valmiin arvioinnin jälkeen ohjelmisto tuottaa palaute-tietoja kulloisenkin asiakkaan nykytilasta. Palaute-tietoina tulevat asiakastasolla muun muassa CAPs- luettelon mittarit, jossa on lueteltuna asiakkaan voimavarat ja ongelma-alueet. Luetteloa voidaan käyttää hoidon suunnittelun apuna (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, RAI).

Asiakkaan voimavarojen ja ongelma- alueiden mittarit

<ul style="list-style-type: none"> • kognition mittari CPS, • päivittäisten toimintojen mittarit ADLH ja ADL, • välinetoimintojen mittari IADL, • masennuksen mittari DRS, • kivun mittari PAIN, 	<ul style="list-style-type: none"> • painoindeksin mittari BMI, • palvelutarpeen mittarit Maple_5 ja Maple_15, • terveydentilan vakauden mittari CHESS, ja • asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuden mittari REHAPOT
---	--

(Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, RAI).

Kaikille hauraille väestöryhmille merkityksellisiä osa-alueita ovat ongelmat, kuten pidätyskyvyttömyys, kaatuilu tai kipu. Ravitseminen ja liikunta tai kärsimystä aiheuttavat oireet ovat tärkeitä asioita kartoittaa, lisäksi diagnoosit ja lääkitys kartoitetaan tiedonkeruussa. Palvelujärjestelmän kehittäminen on tehokas tapa vastata asiakkaiden tarpeisiin ja mahdollistaa tuottamaan laadukasta palvelua oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Palveluiden kehittäminen tarvitsee tuekseen monipuolista ja luotettavaa arviointi- ja seurantajärjestelmää. Kattavaan palveluntarpeen arviointiin RAI -järjestelmä on oiva apuväline. Tarvittava henkilöstön määrä ja osaaminen, sekä asiakkaiden tarvitsemat palvelut voidaan määritellä tämän avulla. RAI on yksi työväline päätöksien ja johtamisen tukena ja RAI -järjestelmä mahdollistaa myös hoitoketjussa hoidon laadun ja kustannusten mittauksen. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, RAI).

2.4 Liikuntaintervention menetelmät

Toimintakyvyn ja itsenäisen elämän säilyttämisessä fyysisellä aktiivisuudella ja liikunnalla on merkittävä osuus. Säännöllinen, riittävän usein toistuva liikunta lisää fyysisistä hyvinvointia ja terveyttä. (Manninen, 2005,22–23.) Liikuntaa voidaan määritellä rasittavuudella ja kuormittavuudella, joka tarkoittaa liikunnan lihastoiminnoille aiheuttamaa fysiologista kuormitusta ja rasittavuus tarkoittaa subjektiivista kokemusta liikunnan aiheuttamasta kuormituksesta. Erityisesti kestävyysliikunnan on osoitettu vähentävän kohtalaisten tai vaikeiden toimintakyvyn vajausten ilmaantumista ikääntyvillä miehillä ja naisilla, sekä itsenäisen suoriutumisen säilymisen todennäköisyyttä. Kohtalaisen raihnaisten henkilöidenkin fyysisen aktiivisuuden lisääminen kohottaa todennäköisyyttä onnistuvaan vanhuuteen, eli terveyden ja toimintakyvyn säilymiseen. Lisäksi liikunnalla voi parantaa iäkkäiden itsearvioitua fyysiseen toimintakykyyn liittyvää elämänlaatua (Käypähoito- suositus, liikunta, 2012).

Liikuntaintervention menetelminä voidaan käyttää ohjattua yksilö- ja/ tai ryhmäliikuntaa. Tässä opinnäytetyössä käytimme ohjattua yksilöliikuntaa, jossa kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn kartoituksen jälkeen laadittiin yksilöllinen kuntoutusohjelma kotioloissa toteutettavaksi (LIITE 5).

2.5 Aiemmat tutkimukset

Aiemmat tutkimukset aiheesta, joiden perusteella lähdimme tutkimaan kotihoidon asiakkaiden hoitotyön laatua, olivat Raisa Ilkon toteuttama opinnäytetyö ”Rai-arviointijärjestelmän käyttöönottoprosessin johtaminen Sotkamon kotihoidossa”, jossa kokonaistavoitteena oli saada kotihoidon työntekijöille riittävä asiantuntemus arviointijärjestelmän käyttöön. Ilkon opinnäytetyöprosessi eteni kehittämishankkeen rinnalla, jossa tarkoituksena oli ottaa käyttöön RAI- arviointijärjestelmä hallitun muutosprosessin avulla. Opinnäytetyössä esille nousut koulutuksen tarve RAI -arviointien mittareiden hyödyntämisestä hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamisessa oli yksi päätavoite tässä opinnäytetyössä. Rai -arviointijärjestelmä on ollut Sotkamon kotihoidossa käytössä vuodesta 2008–2009 lähtien. Tänä aikana osaamista on vahvistettu tekemällä arviointeja ja vahvistamalla omahoitajuutta, jonka puute nousi esille Ilkon työssä. Potilastietojärjestelmä on vaihtunut ja uutta järjestelmää on päästy käyttämään vuodesta 2012 lähtien (Ilkko, 2009).

Toinen opinnäytetyöhömmä liittyvä tutkimus on Teija Eskolan ”Kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen”. Työn tavoitteena oli laatia toimitasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen kotihoidossa. Työssä kartoitettiin, kuinka kotihoidon henkilöstö kirjasi asiakkaiden psyykkisen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä asioita ja kuinka RAI -arvioinnista saatu tieto hyödynnetään hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Kartoituksen perusteella psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ei ollut suunnitelmallista, vaan toteutui satunnaisesti muiden asioiden ohella. Kartoituksen perusteella kirjaaminen asiakkaan fyysisestä aktiivisuudesta oli myös niukkaa, jolloin ei käynyt ilmi, kuinka fyysistä toimintakykyä tuetaan tavoitteellisesti. Työssä nousi esille fyysisen aktiivisuuden tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus, vaikka työn pääpaino olikin psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämässä. Johtopäätöksenä voinee pitää, että kotihoidon tavoitteiden asettaminen ja toteutumisen arviointi ei vielä kuulu selkeästi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan. Asiakkaan toimintakyvyn vajeiden huomiointi kuuluu hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimiseen. Toimintakyvyn arvioinnin säännöllisyydellä voidaan arvioida hoidon vaikuttavuutta. (Eskola, 2010).

Näihin samoihin ongelmiin on myös Sotkamon kotihoidossa törmätty, vaikka arviointijärjestelmä on ollut useita vuosia käytössä, silti sen hallinnassa hoitotyön apuvälineenä koetaan olevan puutteita.

Meriläisen, Saaren ja Tolosen (2010) opinnäytetyössä ”RAI- arviointijärjestelmän käyttöönottokokemuksia palvelukeskus Himmelissä”. Ilmeni, että hoitajat toivoivat lisää oppia uuden asian hyödyntämisessä. Opinnäytetyössä kuvattiin hoitajien kokemuksia RAI- arviointijärjestelmän käyttöön palvelukeskus Himmelissä, Sotkamossa. Tutkimusaineiston keruu toteutettiin haastattelemalla työssään RAI- arviointeja tekeviä hoitajia. Johtopäätöksinä tekijät nostivat esille, että hoitajat kykenisivät nopeammin ja monipuolisemmin hyödyntämään RAI- arviointeja, mikäli jatkokoulutusta olisi alkuopetuksen jälkeen tarjolla (Meriläinen ym. 2010).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla liikuntaintervention vaikutusta kotihoidon asiakkaan fyysiseen toimintakykyyn. Tavoitteena on vahvistaa tiedon kautta hoitotyöntekijöiden kuntouttavan työotteen juurruttamista jolloin kotihoidon hoitotyön laatu paranee.

Tutkimustehtävä

- Miten kuntouttavan työotteen käyttö vaikuttaa kotihoidon asiakkaan toimintakykyyn?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTONKERUU

Yleensä toimintatutkimuksesta puhuttaessa tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää interventiota ja sen vaikutusten lähempää tutkimista. Toimintatutkimuksella pyritään parantamaan sosiaalisia käytänteitä ja ymmärtämään niitä syvällisemmin. (Metsämuuronen, 2008.) Interventiona tässä opinnäytetyössä käytimme liikuntainterventiota ja sen vaikutusten tutkimista. Tavoitteena on saada tutkittua tietoa, jonka avulla on mahdollista tuottaa uusia näkökulmia toteuttaa hoitotyötä. Tiedonkeruun menetelmänä käytimme RAI- toimintakykyarvioita ja niiden vertailua, havainnointia, sekä asiakkaiden ja kotihoidon työntekijöiden avointa haastattelua. Toimintatutkimus ei rajoita käyttämään tiettyä tiedonkeruun mallia vaan antaa mahdollisuuden kerätä tietoa eri tavoin. Siksi valitsimme opinnäytetyöhömmme toimintatutkimuksen metodin.

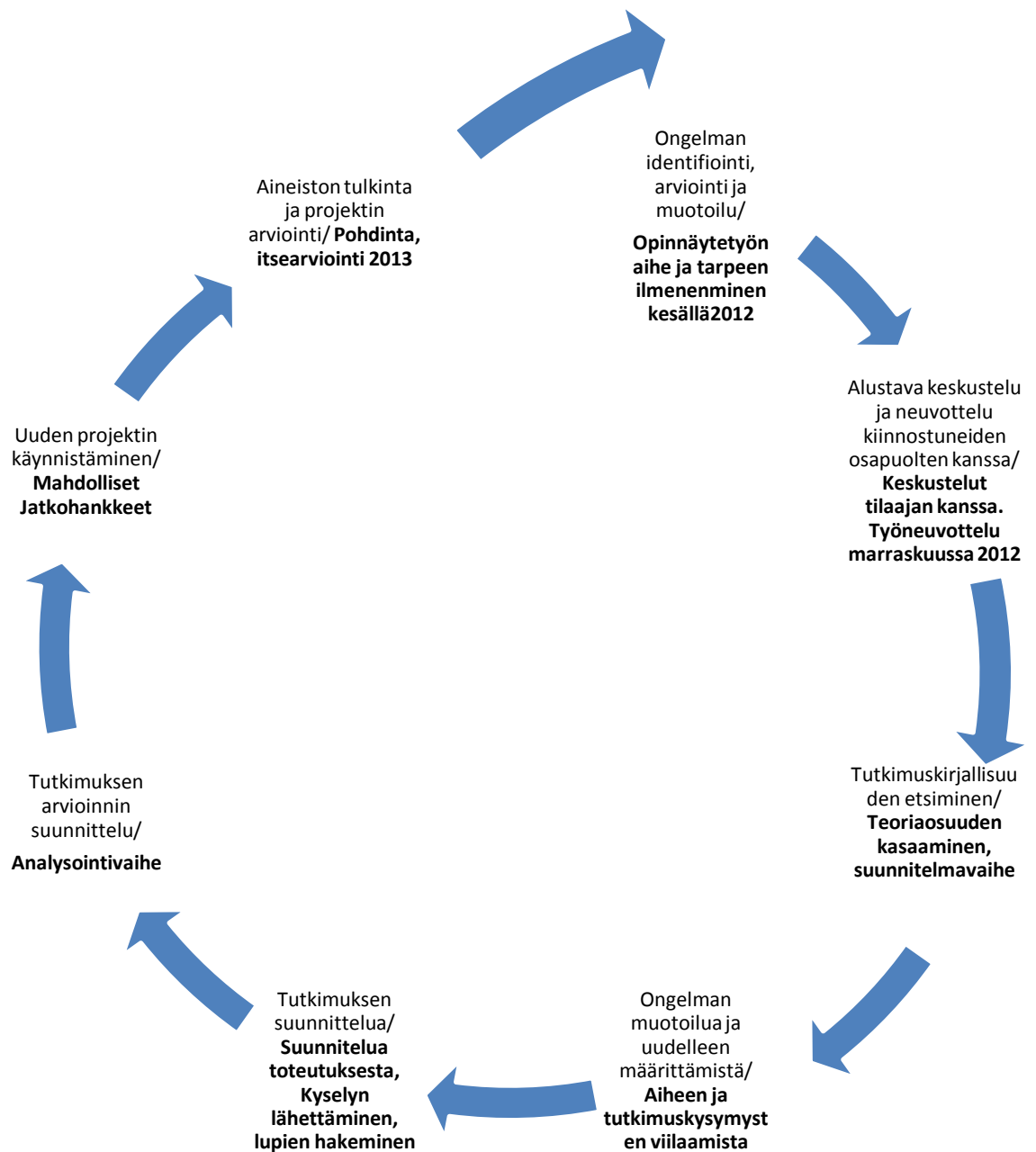
4.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen historia ulottuu jo 1920 - luvulle asti, mutta teoreettisena luojana pidetään Kurt Lewiniä, joka loi 30–40 luvuilla toimintatutkimuksen peruskäsitteet. Näitä peruskäsitteitä ovat yhteistoiminnallisuus, demokraattisuus, sekä teoriaa ja käytäntöä muuttava luonne. Yleensä toimintatutkimuksesta puhuttaessa tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää interventiota ja sen vaikutusten lähempää tutkimista. Muun muassa toimintatutkimuksella pyritään parantamaan sosiaalisia käytänteitä ja ymmärtämään niitä syvällisemmin. Carr:in ja Kemmis:in mukaan toiminta etenee suunnittelun, toiminnan havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä. Jokaisessa vaiheessa toimintaa toteutetaan ja suhteutetaan toisiinsa systemaattisesti, sekä kriittisesti. Myös Tuomen ja Sarajärven teoksessa (2012) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, toimintatutkimusta kuvataan kriittisen teorian perustelmana tai perinteiseen teoriaan liittyvänä. Tämän opinnäytetyön toimintatutkimuksessa yhdistellään molempia suuntauksia teorian kautta. Tutkimukseen osallistujat ovat vastuullisia toiminnastaan sekä muille, että itselleen. Toimintatutkimus sopii hyvin silloin, kun halutaan lisätä työyhteisössä uusia näkökulmia työskentelyn tueksi. Toimintatutkimuksessa voi olla interventiosuuntautuneita; praktisia; sekä emansipatorisia tutkimussuuntauksia. Tässä opin-

näytetyössä käytössä on praktinen eli käytännöllinen toimintatutkimus, jolloin työntekijöitä tuetaan tiedostamaan, muotoilemaan ja uudelleen suuntaamaan tietoisuuttaan. (Metsämuuronen, 2008; Tuomi & Sarajärvi, 2012, 42).

Kuvio 1

Toimintatutkimuksen kulku Cohenin ja Mannionin (1995) mukaan (Metsämuuronen, 2008; 31- 32) mukailtu seuraamaan opinnäytetyön etenemistä



Vilkan teoksessa (2007) kuitenkin kritisoidaan sitä, ettei ammattikorkeakoulu-tasoinen opinnäytetyö voi olla toimintatutkimusta, koska toimintatutkimus on ajallisesti vaativaa sen edellyttämän pitkäaikaisen aktiivisen havainnoinnin vuoksi ja se vaatii aktivointia tutkimuskohteessa, materiaalin keräämistä, sekä muutokseen pyrkivää tieteellistä kirjoittamista. Vilkan mielestä myös tutkijan täytyy omaksua tutkimuskohteessa käytetty kieli, ajattelu ja toimintatavat (Vilka, 2007, 76 – 77). Toisaalta, opinnäytetyöntekijät voivat hypätä viimeksi mainitun kritiikin yli koska ovat molemmat pitkän linjan hoitotyön ammattilaisia, kuitenkin on haasteellista tehdä toimintatutkimusta opinnäytetyönä niissä resursseissa mitä opinnäytetyölle on asetettu.

Toimintatutkimus on haasteellinen liitettävä laadulliseen tai määrälliseen tutkimusotteeseen väljästä tutkimusstrategisesta lähestymistavasta johtuen. Tässä kontekstissa näemme kuitenkin, että toimintatutkimus on ainoa oikea tapa lähestyä tutkimuskysymyksen ratkaisua. Aineiston analysointitavan vuoksi opinnäytetyömme tutkimusote on laadullinen, vaikka laadullista tutkimusta ei voi lyhyesti kuvata tai erottaa selkeästi määrällisestä tutkimuksesta. Laadullista tutkimusta kuvaa teoreettinen viitekehys, jolla tutkittavaa ilmiötä avataan lukijalle, mutta se on myös kokonaisuus, jossa sekä sisällöllä, että analyysillä on oma merkityksensä. Laadullista tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä halutaan kuvailla ja ymmärtää, tulosten kuvailun ollen sanallista. Opinnäytetyössämme tutkimustulokset esitetään graafisessa muodossa, jolloin havaitaan mahdolliset muutokset kahden arvion välillä. Lisäksi tulokset kuvaillaan ja analysoidaan sanallisesti (Järventausta, Moisala & Toivakka, 1999, 57; Tuomi ym. 2012).

4.2 Kotona asumista tukevat palvelut/ Sotkamon kotihoito

Kainuu on pinta-alaltaan 24453 m². Kainuun väkiluku oli 2012 n. 80 tuhatta henkeä. Sotkamon pinta-ala on 2953m² ja väkiluku 10682 henkeä. Yli 65 -vuotiaiden osuus oli 2012 Sotkamon väestöstä 21,4 %. (Kainuu tilastoina 2013.) Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä tuottaa päivähoitoa lukuun ottamatta Hyrynsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kuntien kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut. Puolangan irtaannuttua Kainuun maakuntakuntayhtymästä, Kainuun sote vastaa siellä vain erikoissairaanhoidosta ja ympäristöterveydenhuollosta (mm. eläinlääkäri- ja terveysvalvontapalvelut). Sote-kuntayhtymä tuottaa alueelleen myös henkilöstö-, talous- ja tietohallinnon

palveluja. Kuntayhtymän palveluksessa on noin 3 200 henkilöä. Vanhuspalvelujen arvoina ovat voimavaralähtöisyys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Ikääntyvän kainuulaisen pitäisi selvitä turvallisesti ja itsenäisesti omassa kodissaan palvelujen turvin, saaden tarvittaessa hyvä ja turvallinen ympärivuorokautinen hoiva- ja hoito (Kainuu tilastoina 2013; Kainuun sote).

Kainuun soten vanhuspalvelut tuottaa, järjestää ja koordinoi kainuulaisille vanhuksille ja heidän omaisilleen palveluohjauksen avulla sosiaali- ja kansanlain mukaisia kotona asumista tukevia palveluja, omais- ja perhehoitoa, pitkäaikaista hoivaa sekä asumispalveluja maakunnan omissa ja yksityisissä hoitokodeissa. Vanhuspalveluiden eräs tavoite on, että ikääntyvä kainuulainen selviää itsenäisesti ja turvallisesti kodissaan oikein ajoitettujen palvelujen turvin. Tarpeen vaatiessa hänen on mahdollista saada hyvää ja turvallista ympärivuorokautista hoivaa - ja hoitoa niin että hänen toiveitaan kunnioitetaan (Kainuun maakunta kuntayhtymä verkkosivut).

Vanhuspalveluiden alaisuuteen kuuluvat kotona asumista tukevat palvelut, joita ovat kotihoito, omaishoito sekä sosiaalihuoltoasetuksen mukaiset tukipalvelut. Kainuussa tavoitteena on, että ikääntyneet voivat asua mahdollisimman kauan kotona. Tähän pyritään ennakoinnin, palveluohjauksen ja kuntoutumista tukevan työotteiden avulla, unohtamatta vanhuksen lähiverkostoja, esimerkiksi omaishoitajaa ja hänen tukemistaan. Terveystieteiden lain (2010), 25§:ssä on, että kunnan on järjestettävä alueensa kotisairaanhoito, joka on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista, tai tilapäistä hoitoa potilaan kotona tai siihen verrattavissa olevassa paikassa ja suunnitelman toteutukseen osallistuu moniammatillinen tiimi, joka toteuttaa terveyden ja sairaanhoidon palveluja. (Terveystieteiden laki, 2010/1326; Kainuun sote- kuntayhtymän verkkosivut). Sotkamon kotihoito on jaettu kolmeen eri tiimiin, joissa on sekä hoiva-työntekijöitä ja sairaanhoitajia, lisäksi muistihoitajat ovat yhteiset. Yhteensä henkilöstöä Sotkamon kotihoidossa on 50,5. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita on 250 ja tilapäisiä käyntejä 150.

Kainuuseen on valmistunut ikääntymispoliittinen strategia (2012) ”Iän iloinen Kainuu” jonka mukaan, jollei muutoksia tehdä, vanhuspalveluiden kokonaiskustannukset uhkaavat nousta tämänhetkisestä reilusta 60 miljoonasta, yli 100 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. Vaikka palveluntarve lisääntyisikin vähemmän kuin ikärakenteen muutos vihjaa, toimintatapoja sekä rakenteita on muutettava. (Iän iloinen Kainuu- hyvinvointistrategia, 2012.)

Työvoiman saatavuusongelmat ovat jo nykypäivänä näkyvissä, joten tärkein osa haasteeseen vastaamiseen on hoidon tarpeen vähentäminen toimintakyvyn ja terveyden ylläpidon toimin. Iän iloisin Kainuun strategian tavoitteena on terveyden edistäminen jo selkeästi ennen kuin ongelmia ilmenee. Elinympäristöstä on tarkoitus rakentaa aktivoiva, kehittää työelämän laatua ja tuottavuutta, eettistä senioritaloutta sekä muovata palveluista ja rakenteista, toimintatavoista ja asenteista osallisuutta ja tasa-arvoa edistäviä. Ihmisten toimintakyvyn säilyessä parempana, tehokkaiden palveluiden tarve vähenee ja lyhenee, jolloin koettu hyvinvointi lisääntyy. Ikääntyneiden osuus nousee kaikkialla. Kainuussa ikääntyneiden elinajanodote on kuitenkin matalampi kuin muualla. Tämän on arveltu johtuvan siitä, että ennaltaehkäisy loppuu työelämän jälkeen. Palveluiden tarpeen ratkaisee ikääntyvän hyvinvointi eikä suinkaan se, kuinka paljon meillä on ikääntyneitä. Myös yli 75- vuotiaan on mahdollista parantaa lihasvoimaa, tasapainoa ja terveyttään. Kainuussa asui kotonaan vuonna 2010 91prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, kotihoidon piirissä tämän ikäisistä kainuulaisista on noin 13 prosenttia ja laitoksissa vain 2 prosenttia (Iän iloinen Kainuu - hyvinvointistrategia, 2012). Tilastokeskus on myös kannanotteessaan todennut, että jollei työttömien ja työvoiman ulkopuolella olevien määrä tulevaisuudessa pienene nopeammin kuin eläkeläisten määrä kasvaa, huoltosuhde heikkenee. Väestöllinen huoltosuhde oli vuonna 2011 58 ja sen ennustetaan nousevan vuoteen 2020 mennessä 77. Kainuun taloudellinen huoltosuhde on laskelman mukaan yli 200 jo vuonna 2020 eli vain noin kolmasosa maakunnan väestöstä on työllisiä (vuonna 2011 huoltosuhde oli 160). Väestöllinen huoltosuhde = Lasten ja eläkeläisten määrän suhde työikäisen väestön määrään. Taloudellinen huoltosuhde = Työttömien ja muiden työvoiman ulkopuolella olevien määrän suhde työllisten määrään (Ruotsalainen, 2012; Väestöennuste, tilastokeskus, 2012).

4.3 Aineiston keruu

Tarvittavien lupien saavuttua toteutimme sähköpostikyselyn Sotkamon kotihoidon työntekijöille (LIITE 1) helmi- maaliskuun aikana. Kyselyssä haettiin vastauksia siihen, missä hoitotyöntekijät tarvitsevat tukea laatiakseen hoito- palvelu- ja liikuntasuunnitelman RAI- arvion fyysisen toimintakyvyn osion tulosten perusteella. Tämän teimme siksi, että tavoitteellista suunnitelmaa tiiminä tehdessä voimme ohjata niissä ongelma-alueissa, joissa työntekijät kokevat ohjauksen tarvetta. Ilkon (2009) ja Meriläisen & ym.(2010) opinnäytetöissä esille nousi, että vaikka hoitajat olivat saaneet koulutusta RAI- toimintakykyarvion avulla hoitosuunni-

telman laatimiseen, he kokivat silti lisäkoulutuksen tarvetta. Sotkamon kotihoidossa on me-
nossa koulutukset asian tiimoilta. Kyselyyn ei tullut vastauksia, jolloin oletimme hoitotyönte-
kijöiden kokevan hallitsevansa toimintakykyarvion ja hoitosuunnitelmien yhteensovittami-
sen. Toukokuussa kävimme vielä tsemppipalaverissa, jossa kerroimme opinnäytetyöstä ja
tulevasta tutkimuksesta, samalla kartoittaen työntekijöiden tietoja ja tarpeita keskustellen.
Tähän mennessä asiakkaita ei ollut valittu vielä, eikä näin ollen kaikilla ollut myöskään ajan-
tasainen RAI- arvio. Varsinainen aineisto kerättiin niin, että Sotkamon kotihoidon työntekijät
tekivät ennalta valitsemilleen asiakkaille RAI- toimintakykyarvion. Tutkimukseen mukaan
tulevat asiakkaat valittiin tietyn kriteereiden mukaan.

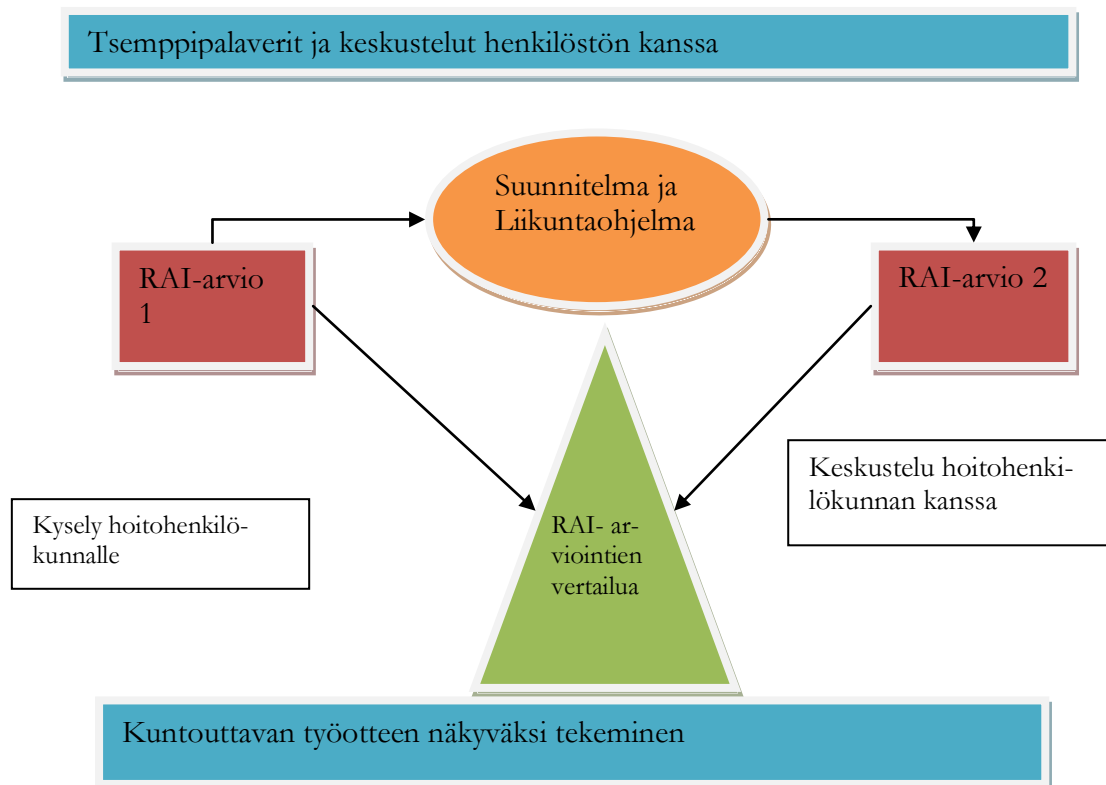
Valintakriteerit kotihoidon asiakkaille

- Asiakkaan CPS (kognitio asteikko) on 3 tai sen alle
- Kotihoito käy säännöllisesti
- Kaatumisen uhka nousee arviosta esille (tasapainon ja lihasvoiman heikentyminen)
- Asiakkaan ja omaisen halu osallistua

Valintakriteerit määrittyivät yhteistyössä Sotkamon kotihoidon suunnittelupalaverissa. Mu-
kana olivat kotihoidon päällikkö, fysioterapeutti, muistihoitaja, sairaanhoitaja sekä opinnäyte-
työntekijät. Palaverissa päätettiin, että kriteerien pitää myös nousta esille RAI- toimintaky-
kyarviosta. Asiakkaita tiimit valitsivat yhteensä 13 henkilöä, asiakkaiden toimintakyvyn olles-
sa vähäisen avun turvin selviävästä, useita kertoja päivän aikana hoitajan apua tarvitseviin
henkilöihin. Jokainen tutkimukseen valittu asiakas sai saatekirjeen toimintakyvyn arviointi-
käynnillä, jossa kerrottiin tutkimuksesta, asiakkailta myös kysyttiin halusta osallistua tutki-
mukseen (LIITE 2). Laadullisen menetelmän aineistonkeruumenetelminä voidaan käyttää
kyselyä ja erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tietoa ja niitä voidaan käyttää tarpeen mukaan
rinnan, vaihtoehtoisesti tai yhdisteltyinä eri tavoin tutkimus resurssien mukaan (Tuomi ym.
2012).

Kuvio 2

Kuvailee opinnäytetyön etenemistä Sotkamon kotihoidossa



4.3.1 Fyysinen toimintakyky RAI- arviointimenetelmässä

Fyysinen toimintakyky jaotellaan RAI- arviossa *asioiden hoitamiseen liittyviin päivittäisiin toimintoihin (LADL)* ja *henkilökohtaisiin päivittäisiin toimintoihin (ADL)*. Opinnäytetyössämme kiinnitämme huomiota erityisesti ADL toimintoihin, joihin kuuluu Liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella, vuoteessa, siirtyminen tasolta toiselle, pukeutuminen, ruokailu, wc:n käyttö, henkilökohtainen hygienia ja kylpeminen. Lisäksi tässä kartoitetaan apuvälineet. Osiossa kysytään myös liikkumisesta portaissa ja päivittäisen aktiivisuuden merkitystä (poistumista kotia ja fyysistä aktiivisuutta päivittäin). Terveystilan ja ehkäisevän terveydenhuollon osiossa on kohta jossa kartoitetaan *kaatumisten lukumäärä kolmen kuukauden aikana ja kaatumisen uhka* (epävarma kävely, ulosmenemisen rajoittaminen kaatumisen pelosta). (Terveys ja hyvinvoinninlaitos, RAI.)

Vaikka keskitymme tutkimuksen osalta fyysiseen toimintakykyyn, joudumme myös jonkin verran sivuamaan kognition osuutta ikääntyneen kotona asuvan toimintakyvyssä. Kognition puhuttaessa tarkoitetaan niitä älyllisiä ja psykologisia toimintoja, joiden avulla ihminen käsittelee tietoa ja ympäristöään. Siihen sisältyy monimutkaisen tiedon käsittelyä ja kykyä hahmottaa, sekä suorittaa tehtäviä. Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyviä taitoja ovat kielelliset taidot, tarkkaavaisuus, havaitseminen, muistaminen, toiminnanohjaus, sekä liiketaidot, näihin liitetään myös tunne-elämä ja motivaatio. Laaja-alaisempia edellä mainittuihin taitoihin liittyviä kognition muotoja ovat ajattelu, suunnittelu ja ongelmanratkaisukyky. Heiskanen pro gradu- tutkimuksen (2012) mukaan näyttäisi siltä, että heikentyneen kognition omaavilla myös fyysinen toimintakyky, erityisesti vaativimpien, monipuolista biologisten toimintojen yhteistyötä edellyttävien taitojen heikentymisen välillä voi olla yhteys (Heiskanen, 2012). RAI- arvioinnissa kognitiota kuvataan CPS- mittarilla.

4.3.2 Kotihoidon asiakkaan liikuntainterventio

Kartoitimme Sotkamon kotihoidon asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn muutosta, johon liittyy olennaisena osana tasapaino ja kaatumisten ennaltaehkäisy. Ongelmat, riskit ja voimavarat nostettiin RAI- toimintakykyarvion CAPs- mittareista ja tunnistimista niin, että hoitotyön tavoitteiden kautta kuntouttavan suunnitelman teko onnistuu (Ilkko, 2009; Meriläinen ym. 2010). Omahoitaja ilmoitti asiakkaalle, milloin kartoitusta tullaan tekemään. Aluksi kartoitettiin asiakkaiden toimintakyky käymällä asiakkaan kotona. Lisäksi tarkistaen asiakkaan hoitoon osallistuvilta hoitajilta ja omaisilta, sekä RAI- arvioista, mikä on tämän hetkinen tilanne ja mitä olisi mahdollista hoitotyön keinoin tehdä ja sen pohjalta liikuntasuunnitelma laadittiin. Tarvittaessa asiakkaille hankittiin apuvälineitä kuntoutumisen tueksi. Liikuntaohjelmaksi asiakkaat saivat valmiita jumppa ohjelmia, joista valittiin kulloisenkin asiakkaan toimintakykyyn sopivat liikkeet ja lisättiin kuinka usein viikossa jumppaa on tarpeen toteuttaa. (LIITE 5). Jumppaohjelma käytiin asiakkaan kanssa läpi, jolloin vielä varmistettiin asiakkaan kyky toteuttaa liikkeitä. Asiakas sai kotiinsa seuranta-kaavakkeen, johon hoitohenkilöstön ja omaisten oli tarkoitus merkitä ylös suoritettut toiminnot, ja miltä ne asiakkaasta tuntuivat. Työntekijät ohjattiin joko tiimipalaverissa tai asiakkaan luona käydessä täyttämään kaavaketta (LIITE 6).

4.3.3 Sitouttaminen

Pitkin kesää tiimipalavereissa ja työn ohessa kannustimme käyttämään kuntouttavaa työotetta ja kerroimme tutkimuksesta. Yleensä tiimipalavereissa kysyttiin esimiehen toimesta, että kuinka opinnäytetyö etenee. Heinä- elokuussa tehtiin kartoitus osan tutkimuksessa mukana olevien asiakkaiden luona. Heitä käytiin katsomassa kuinka he ovat selvinneet ja jaksaneet kuntoutua esimerkiksi omin avuin. Samalla tarkasteltiin hankittujen apuvälineiden tarvetta.

Syyskuussa kävimme työneuvottelussa kyselemässä, kuinka työntekijät olivat kesän kokeneet ja olisiko heillä kysyttävää tutkimuksesta. Jonkin verran tuli kommentointia etteivät edes tiedä keitä asiakkaita on tutkimuksessa mukana ja, että kuntouttava työote on juuri sitä, mitä on vuosia toteutettu. Kerroimme, että mitä tahansa palautetta tai kysymyksiä tulee mieleen, niitä voi jättää meille ja annoimme päivämäärän, mihin mennessä asianosaisille asiakkaille uudet RAI- arviot pitää olla tehtynä. Sovimme myös, että kotihoidosta toimitetaan arviointien koosteet meille viikolla 42. Koska epätietoisuutta oli siitä keitä tutkimusasiakkaat ovat, lähetimme nimet kotihoidon palvelupäällikölle sähköpostilla ja päätimme jalkautua vielä kerran asiakkaiden luokse kertomaan tutkimuksen kulusta ja katsomaan, kuinka kesän aikana on mennyt. Kävimme kahdeksan asiakkaan luona, jotka olivat sinä päivänä kotona, eikä heidän luokseen menolle ollut estettä. Jokaisen asiakkaan kohdalla (myös niiden, joiden luona emme käyneet) keskustelimme hänen hoitoonsa osallistuneen hoitajan kanssa siitä, mikä asiakkaan toimintakyky on nyt ja miten kesä on mennyt. Näiden asiakkaiden luona, joilla kävimme, kartoitimme fyysistä toimintakykyä tekemällä kuntoutussuunnitelman mukaista liikuntaohjelmaa ja pyytäen asiakkaita näyttämään, kuinka ovat itse kuntouttaneet itseään kesän aikana. Kyselimme myös muutoin kuulumisia ja kerroimme missä vaiheessa opinnäytetyö on nyt menossa.

5 TULOKSET

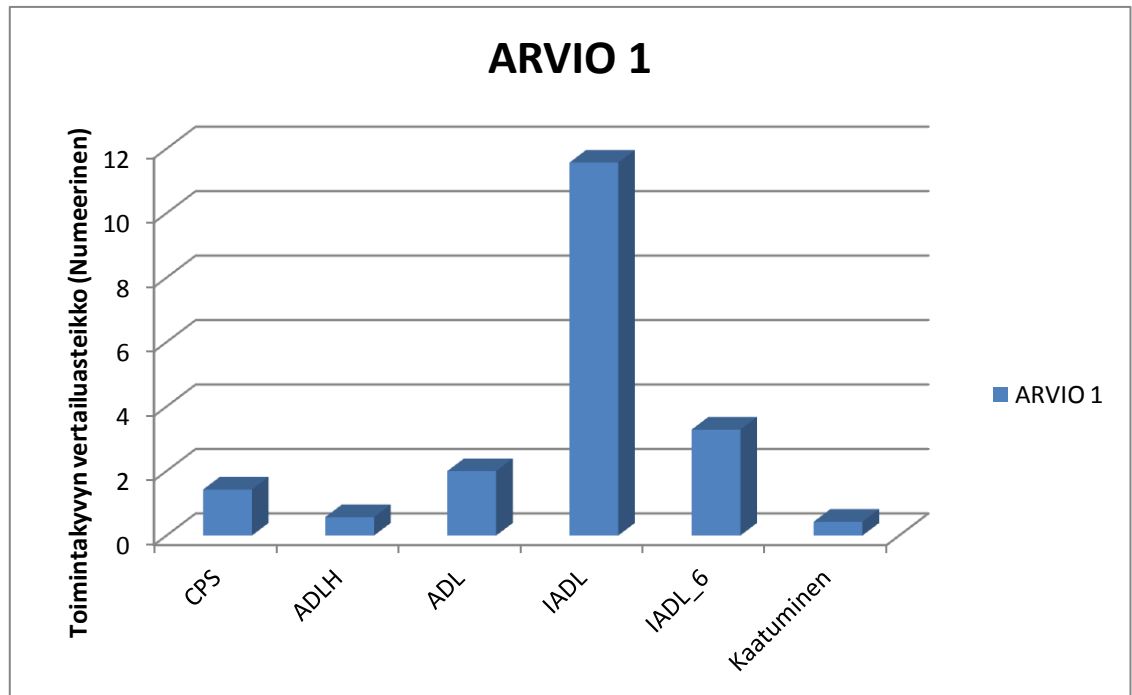
Laadullisessa tutkimusmenetelmässä teorian, tutkimusaineiston ja muiden tutkimusten avulla tulkinta havaintojen merkityksestä osoitetaan mahdolliseksi tai mielekkääksi. Tutkimusaineiston ymmärtäminen luo tutkijalle niin kutsutun punaisen langan, jolloin tutkijalle on mahdollista perustella ajatuksensa tutkimusaineiston avulla. Tutkijan on erikseen yhdistettävä materiaali selkeäksi kokonaisuudeksi. Vertailua tehdään, sekä omaa tutkimusaineistoa lähellä olevien tutkimusten kanssa tai oman tutkimusaineiston osissa. Vertailevassa tutkimuksessa tarkastellaan kahta kohdetta keskenään. Tutkijan tulee päättää, mitkä ovat kohteiden kiinnostavat ominaisuudet, joita vertaillaan. Tutkimusaineistossa olevat havainnot voidaan lukea johdolangoiksi, joiden kautta tulkitsemalla päästään tuloksiin. Tutkimusmetodia ilman ei päästä luotettavaan tulokseen ja tutkijan on tärkeää pitää koko prosessin ajan mielessä valitsemansa metodi. (Vilka, 2007; Routio, 2005).

5.1 Liikuntaintervention merkitys kotihoidon asiakkaalle

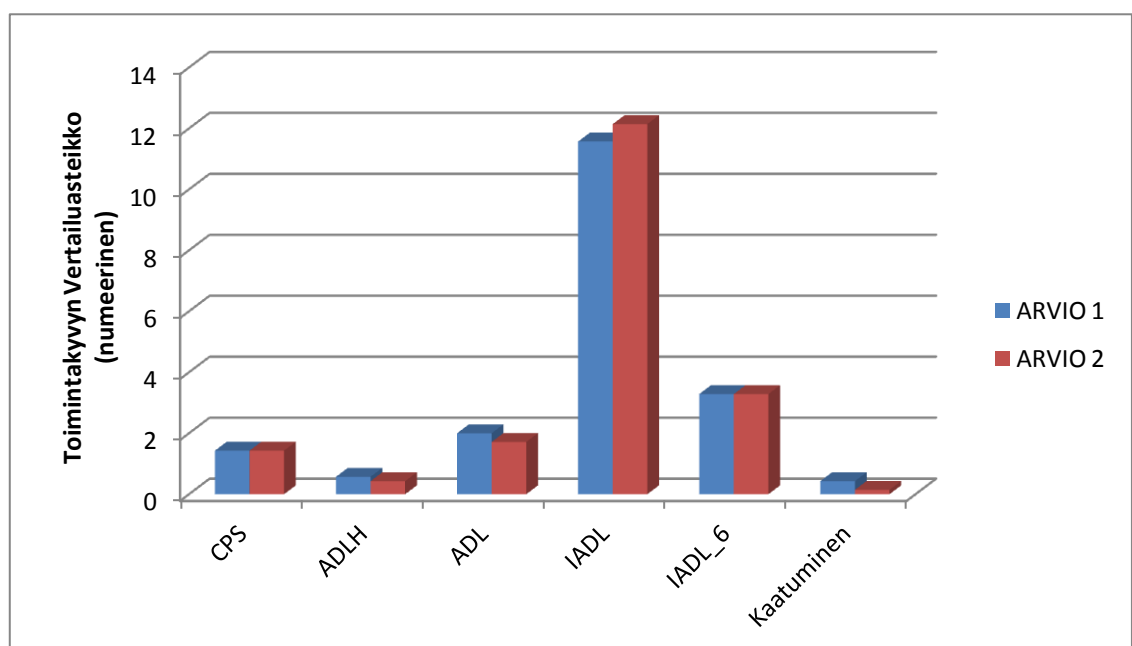
Aluksi oli tarkoitus, että kotihoidosta tulostetaan tutkimusasiakkaista valmis kooste meille. Koska lopullinen asiakasmäärä jäi niin pieneksi, kävimme tulostamassa suoraan Raisoft- ohjelmiston VERTAA- yhteenvedon näille asiakkaille. Yhteenvedossa näkyi valittujen arviointien numeerinen summa, joka oli yksinkertainen siirtää analysoitavaksi. Aineisto analysoitiin niin, että Excel ®- taulukkoon lisättiin arvioitavat mittarit ja niiden alle syötettiin asiakkaiden fyysistä toimintakykyä kuvaavien CAPs- mittareiden lukemat. Sen jälkeen laskettiin lukujen keskiarvo ja muutettiin ne graafiseen muotoon, jolloin pystyimme tuottamaan kaksi kaaviota joita vertailla keskenään. Palautteita ei tullut henkilöstöltä kirjallisena määräaikaan mennessä.

Kotihoidon asiakkaita arvioissa seitsemän ($n = 7$) joista tiedot on koottu arvioon 1 ja vertailuarvioon 2.

Kuvio 3, RAI- arvioinnin mukainen km. fyysinen toimintakyky seurantajakson alussa ($n = 7$)



Kuvio 4, RAI- arvioinnin mukainen km. fyysinen toimintakyky ennen ja jälkeen seurantajakson ($n = 7$)



Kuviot 3 ja 4 palautetietojen merkitys

CPS (Cognitive Performance Scale):	Kognitioasteikko (0-6, 0= ei muistihäiriöitä, 6 = Erittäin vaikea vajuus) Asteikko joka mittaa älyllisiä toimintoja, kuten muistia ja päätöksentekokykyä. Palvelutarpeen arviointiin, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja seurantaan, sekä kuntasuunnitteluun.
ADLH (Activity daily living, hierachy scale):	Päivittäiset toiminnot, hierarkkinen asteikko (0-6, 0= itsenäinen suoriutuminen, 6 = täysin toisen autettava) Mittaa päivittäistä suoriutumista neljän kysymyksen hierarkkisella mittarilla. Palvelujen suunnitteluun ja asiakasrakenteen vertailuun, sekä palvelutarpeen arviointiin.
ADL_28 (Activity daily living, long summary scale):	Päivittäiset toiminnot, pitkäasteikko (0-28, 0 = Itsenäinen, 28 = Tarvitsee suurimman mahdollisen avun) Mittaa päivittäistä suoriutumista mittaavien kysymysten summamuuttujaa. Käytetään yksittäisen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja seurantaan.
IADL (Instrumental activity daily living, summary scale):	Välinetoinnot (0-21, 0 = itsenäinen, 21 = Tarvitsee suurimman mahdollisen avun) Mittaa kodinhoidollisista tai kodin ulkopuolisista tehtävistä suoriutumista. Yksittäisen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja seurantaan, sekä palvelutarpeen arviointiin.
IADL_6 (Instrumental activity daily living, capacity scale):	Vaikeudet IADL- toiminnoissa (0-6, 0 = ei lainkaan vaikeuksia, 6 = Paljon vaikeuksia) Mittaa kodinhoidollisista tai kodin ulkopuolisista tehtävistä suoriutumista. Käytetään palvelujen suunnitteluun ja asiakasrakenteen vertailuun, sekä palvelutarpeen arviointiin.
Kaatuminen ja kaatumisen uhka	(0- 9 kertaa tai enemmän)

RAI- järjestelmän rakenteessa kysymykset koostuvat toimintakyvyn neljästä eri osa- alueesta. Osa-alueet kartoittavat arjen suoriutumista, psyykkistä hyvinvointia, kognitiota, sosiaalista vuorovaikutusta ja aktiivisuutta. Fyysinen toimintakyky jaotellaan asioiden hoitamiseen liittyviin päivittäisiin toimintoihin (IADL/IADL_6) ja henkilökohtaisiin päivittäisiin toimintoihin (ADL/ADLH). Kaatuminen ja kaatumisen uhka (epävarma kävely, liikkumisen rajoittami-

nen) Kognitosta puhuttaessa tarkoitetaan niitä älyllisiä ja psykologisia toimintoja, joiden avulla ihminen käsittelee tietoa ja ympäristöään. Siihen sisältyy monimutkaisen tiedon käsittelyä ja kykyä hahmottaa, sekä suorittaa tehtäviä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos/RAI; Heiskanen, 2012).

Kaatumiset RAI- arvioiden mukaan olivat vähentyneet ja parannusta oli tullut myös päivittäisissä toiminnoissa (mittarit ADLH ja ADL). Välinetoiminnoissa (IADL) oli tullut huonontumista, mutta vaikeudet välinetoiminnoissa olivat kuitenkin pysyneet keskimäärin samoina. Tämä tukee tutkimusten mukaisia toteamia, joiden mukaan kuntoutumiseen ja kuntoututtavan työotteen käytöstä hoitotyön menetelmänä on hyötyä ikääntyneelle. Laadullisessa kotihoitossa ikääntyneen toimintakyvyn vajauksiin ja niiden syiden selvittämiseen ajoissa on mahdollista vaikuttaa toimintakyvyn säilymiseen.

Kaatumistapaturmat ovat sekä kansantaloudellinen, että palveluntarpeen lisääntymiseen vaikuttava ongelma, johon on mahdollista vaikuttaa positiivisesti liikuntakyvyn ja lihaskunnan vahvistamisella. Muun muassa lonkkamurtumien estossa varhaiset toimenpiteet toimintakyvyn säilyttämiseksi ovat tutkitusti tehokkaita. Näitä toimenpiteitä ovat fyysisiltä osin ja kotihoidossa helposti toteutettavat tasapaino- voima -ja kävelyharjoitteet tarvittaessa käyttäen saatavilla olevia apuvälineitä. Elämänlaadun tukemisessa olennaista on ikääntyneen voimavarojen tunnistaminen ja yhdessä tekeminen. Kun asiakas pääsee toteuttamaan toimintoja myös itsenäisesti, hänelle tulee tunne omasta tarpeellisuudestaan samalla kun tuetaan voimavarojen säilyttämistä (Lonkkamurtuma: Käypä hoito-suositus, 2011; Heinola & Luoma, 2007,36–49)

5.2 Seurantakaavake liikuntainterventiossa

Osalla tutkimukseen osallistuneista asiakkaista seurantakaavaketta oli täytetty jopa päivittäin. Keräsimme täytetyt kaavakkeet seurantajakson jälkeen pois, joista otteita seuraavaksi. Kaavakkeessa oli kohdat päivämäärälle, toiminnolle ja miltä asiakkaasta tuntui. Ne asiakkaat, jotka olivat toteuttaneet säännöllisesti kuntoutumissuunnitelmaansa, olivat paremmassa subjektiivisessa kunnossa seurantajakson jälkeen. Myös intervention mukaan kuntoisuus oli parempi. Arvion mittarit kuvaavat usean muuttujan keskimääräistä arviota. Tutkimukseen on kerätty vain mittarien keskimääräiset arvot tarkastelematta muuttujia tarkemmin.

Asiakas nro 1 liikuntainterventiossa:

”Tuntuu että veri kiertää paremmin. Koskee reisiin, ja selkään ottaa liikkeet, jalkakipu voimistuu kävellessä. Jalat väsyvät nopeasti, asento seisoessa koukussa polvista. Ulos en mene pidemmälle, koska jalat väsyvät ja pitäisi päästä istumaan. (Hankittiin ulkokäyttöön rollaattori fysioterapiasta). Postin haen lähes päivittäin laatikoilta (matkaa ovelta noin 10 m, ulkona porrastasanne.)”

Asiakas nro 1 liikuntaintervention ja seurantajakson jälkeen:

”Kivut vähentyneet jaloissa ja selässä. Teen jumppaa päivittäin. Jalat eivät enää väsy niin nopeasti. (Asento on oiennut hieman polvien osalta). Olen käynyt ulkona rollaattorin tukemana kerran pitemmällä reissulla, mutta se on kömpelö käyttää joten en sitä juuri käytä. Postin haen edelleen itse. (Jumppaliikkeet onnistuivat erittäin hyvin sekä maaten että seisten, selkään ei myöskään satu kierto- ja kiertoliikkeitä.)”

Asiakas nro 2 liikuntainterventiossa:

”Kävelyharjoitukset seisomatuen avulla. Kipu aiheuttaa pakon pysähtyä kesken kierroksen, jaksaa kävellä vain kerran olohuoneen ympäri. Istuu pyörätuoliin vähän haparoiden. Tekee jumppaliikkeitä makuulla joita on ohjattu joskus aiemmin. Tasapainossa pysyminen on ajoittain vaikeaa.”

Asiakas nro 2 liikuntaintervention ja seurantajakson jälkeen:

”Kertoo että huimausta on edelleen, mutta pystyssä pysyminen on tukevampaa. Jaksaa kävellä olohuoneessa kaksi kierrosta ilman taukoja. Pyörätuoliin siirtyminen ja siitä pois siirtyminen on tukevan näköistä. Jumppaa petissä ollessaan omalla tavallaan muistaessaan.”

Asiakas nro 3 liikuntainterventiossa:

”Jumppaa joitakin kertoja viikossa kepin avulla. Portaissa tarvitsee voimakkaan huimauksen vuoksi toisen ihmisen tuen. Sydäntuntemuksia tullut erityisesti silloin, kun on enemmän liikuscellut päivän aikana. Mieli on vähän maassa.”

Asiakas nro 3 liikuntaintervention ja seurantajakson jälkeen:

”Maalla ollessa toubunnut paljon, huimausta on edelleen mutta sen kanssa tulee nyt toimeen. Sydäntuntemuksia on ollut aiempaa harvemmin. Käy lähes päivittäin pitkällä kävelyllä ulkona, ei tarvitse enää toisen ihmisen tukea portaissa. Mielialakin on parempi kuin alkukesästä.”

6 POHDINTA

Luotettavuus opinnäytetyössä korostuu tutkimusaineistossa ja sen hankinnassa, aineiston analysoinnissa, tulkinassa sekä raportoinnissa. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaavien kriteerien mukaan. Laadullisen opinnäytetyön luotettavuutta ei voida arvioida reliabiliteetin tai validiteetin kautta, koska laadullista tutkimusta ohjaa tutkijan persoonallinen näkemys asiasta. Pyrkimyksenä on vastata kysymykseen, miksi jokin tietty ilmiö esiintyy ja mitä siitä voimme päätellä. Itse aineiston analyysissä päädytään tietoihin, joihin esimerkiksi tilastollisella menetelmällä ei ole mahdollista päätyä (Wilberg, 2009; Juntunen 2013). Kuntouttavalla työotteella ja kotihoidon asiakkaan liikuntainterventiolla on vaikutusta ikääntyneen elämänlaatuun ja fyysiseen toimintakykyyn. Ikääntyneen toimintakyky on mahdollista palauttaa tai ainakin parantaa kotona selviytymistä. Se vaatii sitoutumista, aikaa ja motivaatiota niin asiakkaalta itseltään, kuin hoitohenkilöstöltä. Oikealla asenteella sen hyödystä nauttii molemmat ryhmät.

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Kotihoidon asiakkaille jaetussa saatekirjeessä kerroimme tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista. Luotettavuuden arviointi kohdistuu koko opinnäytetyöprosessiin, erityisesti prosessin asiayhteyteen. Teoreettisen materiaalin tuoreus, luotettavuus, objektiivisuus ja paikansapitävyys ovat kriteerejä joilla arvioimme teoreettisia käsitteitä ja perusteita opinnäytetyössä. (Wilberg, 2009; Juntunen, 2013.) Kerätyn materiaalin luotettavuutta arvioimme todeksi vahvistettavuudella, koska tutkimustulokset perustuvat aineistoon, jonka saamme kahdesta eri RAI- toimintakykyarviosta sekä siirrettävyydellä, uskomme, että tutkimustulos ja opinnäytetyön aikana tapahtuva toiminta on mahdollista siirtää toiseen kotihoidon yksikköön joko sellaisenaan tai laajentaen tutkimusta. Uskottavuus on yksi kriteeri, jolla luotettavuutta arvioidaan, uskottavuus on sikäli ongelmallinen tämän tyyppisessä opinnäytetyössä, koska tekijöiden subjektiiviset oletukset täytyy pyrkiä tunnistamaan ja objektiivisesti tarkastella tuloksia ja neutraalisti vaikuttaa toteuttaessa opinnäytetyötä paikan päällä kotihoidon yksiköissä. Olemme lähteiden osalta pyrkineet rajaamaan tiedon etsimisen mahdollisimman

tuoreisiin artikkeleihin ja etsineet tietoa sekä painetuista lähteistä, että muutoin arvostetuista verkkolähteistä. Tulosten ja lopullisen asiakasjoukon valinnassa jouduimme käyttämään ohjaavan opettajan neuvoja, koska kaikilla asiakkailla ei ollut seurantajakso mennyt niin kuin oli tarkoitus vaan oli tullut esteitä toteuttaa liikuntainterventiota. Jättämällä pois asiakkaat, jotka eivät olleet loppujen lopuksi osallistuneet, saimme tuloksesta luotettavamman. Tarkoituksena oli tutkia liikuntaintervention vaikutusta.

Analyyysin luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on se, että opinnäytetyö tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä koko saatavilla olevaa aineistoa. (Leino-Kilpi. ym. 2008.) Olemme tiedostaneet sen, että omat ennakoasenteet täytyy jättää huomiotta opinnäytetyötä tehdessä, joten pyrimme katsomaan aineiston tuloksia objektiivisesti. Haasteen tähän tuo se, että otamme RAI- arviointituloksesta vain tietyn osan analysoitavaksi. Kuitenkin, koska analysoimme kahdesta eri arviosta samat kohdat, joita käsittelemme, uskomme, että voimme välttää virhearvioinnit. Leino- Kilven ja Välimäen teoksessa etiikka hoitotyössä (2008) todetaan, että jonkin tietyn ongelman ratkaisuun voisi käyttää tutkimusta. Ensin on otettava selvää siitä, mihin tutkimusta tarvitaan ja mikä hoitotyön kysymys vaatii ratkaisua ja onko kysymys eettisesti perusteltu. Tämän jälkeen pitää arvioida, vastaavatko tutkimuksen kohde ja tutkimusongelmat tarkoitusta. Tutkijan pitää arvioida tutkimuksen tietolähteiden valinnan eettisyyttä ja sitä onko näyte riittävä hoitotyön kysymyksen näkökulmasta (Leino-Kilpi ym. 2008). Luotettavuuteen kuuluu myös se, kuinka aineisto on tuotettu vertailtavaksi. Opinnäytetyön tutkimuksessa vertailuun nostettiin kaksi RAI- toimintakykyarvion yhteenvetoa, joiden tuloksia verrattiin toisiinsa. Vertailumateriaalin eli RAI- arvion kotihoidon työntekijät tuottivat jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla asiakkaalla. Siitä meillä ei ole tietoa, oliko arvioinnissa mukana asiakas, omainen tai kaikki hoitoon osallistuvat henkilöt.

RAI- vertailukehittämisen kotisivuilta poimimme ohjeet, kuinka toteuttaa oikein RAI- arviointi: ”Hoitoprosessi tulee suunnitella asiakkaan näkökulmasta. RAI -arvioinnista saatu tieto yhdessä muun tiedon kanssa kertoo hoidon ja palvelujen tarpeesta, sekä luo pohjan hoidon ja palvelujen suunnittelulle ja arvioinnille. Asiakkaan RAI -arviointi on vuorovaikutuksellinen prosessi asiakkaan, omahoitajan, omaisten/läheisten, lääkärin ja muiden erityistyöntekijöiden välillä.” (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, RAI.)

Näyte oli kaiken kaikkiaan seitsemän henkilöä, valituista kolmestatoista henkilöstä. Ne, jotka eivät voineet toteuttaa seurantajakson aikana kuntoutumissuunnitelmaa, on jätetty koosteen ulkopuolelle.

Ulkopuolelle jäämisen syinä olivat menehtyminen, perussairauden paheneminen ja siitä johtuva kykenemättömyys toimia. Akuutti infektio seurantajakson jälkeisen arvioinnin aikaan, lääkitysmuutos ja tai kaatuminen jonka vuoksi ei voinut osallistua seurantajaksoon. Jos myös ne, jotka eivät kyenneet osallistumaan liikuntainterventioon, olisi otettu mukaan vertailuun, sillä ei olisi löydetty vastausta tutkimuskysymykseen; Kuinka liikuntainterventio vaikuttaa kotihoidon asiakkaan toimintakykyyn? Iältään asiakkaat olivat 70–83 väliltä. Osa asiakkaista on vähäisen tuen avulla selviäviä ja osa tarvitsee suurimman mahdollisen tuen selvitäkseen kotonaan. Näyte on mielestämme riittävä suhteessa asiakasmäärään, kattaa iän ja toimintakyvyn osalta Sotkamon kotihoidon asiakkaat.

Kaikkiin tutkimusprosessin vaiheisiin sisältyy eettisiä näkökulmia. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yksinkertaisimmillaan tiedeyhteisön hyväksymien tapojen ja käytänteiden noudattamista tutkimuksen suunnittelussa, toteuttamisessa ja raportoinnissa. Eettisiä valintoja tutkija joutuu pohtimaan esimerkiksi kerätessään henkilökohtaisia tietoja sisältävää aineistoa. Peruskysymyksiä etiikassa ovat hyvässä ja pahassa, oikeassa ja väärässä. Arjessa ihminen voi olla eri mieltä kyseisistä asioista, mikä on sallittua ja mikä ei. Tiedonhankintaan ja julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleensä hyväksytyjä. Periaatteiden ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettinen ratkaisu on jo tutkimusaiheen valinta, tutkimuksessa ihmisarvon kunnioittaminen tulee olla jo lähtökohtana. Kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä, plagiointia, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi tai kaunistella tai sepitellä. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä. Tutkijan oma kiinnostus aiheeseen on perusedellytys tutkimukselle (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, 2010; Leino - Kilpi & Välimäki, 2008).

Eettisyyteen kiinnitimme huomiota koko prosessin ajan, pyrkien jo niin pienestä asiasta liikenteeseen, kuin asiakkaiden teitittelystä ja kunnioittavasta käytöksestä kotiin tullessamme. Itse kirjallista osiota kirjoittaessamme olemme pyrkineet lähteet kirjaamaan tarkasti niin, että keneltäkään emme aiheetta lainaisi tekstiä. Tutkimusaiheen valintana, hoitotyön laadun parantaminen kotihoidossa jossa ikääntyneiden osuus on suuri, ihmisarvoisen vanhuuden kunnioittaminen on selkeästi esillä. Meille molemmille, jotka olemme ison osan työelämästämme olleet vanhuspalveluiden alaisuudessa, tämä on jo sen kautta tärkeä asia.

Henkilötietojen osalta on olennaista miettiä etukäteen, mitä henkilötietoja tarvitaan ja tarvitaanko ensinkään varsinaisen aineistonkeruun jälkeen niitä. Lain mukaan (1999) henkilötieto-

ja sisältävät aineistot pitää hävittää heti kun niiden tarve loppuu – eli tässä tapauksessa opinnäytetyön tutkimuksen valmistuttua. Leino- Kilven ja Välimäen (2008) teoksessa taas kuvataan hyvän tieteellisen käytännön olevan rehellistä, huolellista ja tarkkaa, siinä käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta; tutkimus; raportointi - ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkistaminen on avointa ja muiden tutkijoiden työlle annetaan arvostusta sekä määritellään tutkijoiden asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä tulosten omistajaa koskevat kysymykset. Tarpeen on myös ilmoittaa rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet. (Hirsjärvi ym. 2007; Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, 2010; Leino - Kilpi ym. 2008; Henkilötietolaki 1999/523).

Koska käytämme potilastietojen arviointia aineistona, on erityisen tärkeää huolehtia, etteivät tiedot pääse leviämään ja että tulosten tulkinnassa tiedot ovat täysin tunnistamattomia. Tähtään pyrimme graafisilla arviointimalleilla ja jättämällä asiakkaiden iät, sukupuolet sekä muut henkilötiedot mainitsematta. Erityisiä sidonnaisuuksia meillä ei ollut. Tulokset julkistetaan valmistuttuaan Sotkamon kotihoidossa 2014 tammikuun aikana. Opinnäytetyö jää vapaasti Sotkamon kotihoidon ja Kajaanin ammattikorkeakoulun käyttöön.

Ennen kuin aloitimme aineiston keruun, pyysimme luvan kyselyn tekoon kotona asumista tukevien palveluiden vastuualuepäällikkö Eija Rämältä. Kyselyyn osallistuvilta hoitajilta emme kysyneet erillistä lupaa osallistumisesta, koska vastaaminen on suostumus osallistumisesta. Vastauksia kyselyihin ei tullut lainkaan, joten näiden osalta ei ole tarvetta hävittää mitään aineistoa.

Tutkittavia informoidaan heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan kerrotaan rehellisesti kyselykaavakkeessa. Osallistuminen on vapaaehtoista ja se kerrotaan tutkittaville. Osallistujille taataan anonymiteetti. (Leino- Kilpi ym. 2008, 367.) Kaavakkeessa oli myös meidän yhteystiedot, tavoitteet ja aineistonkeruunmenetelmät sekä tieto siitä, mihin tietoa tarvitaan ja kuinka sille tiedolle käy opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Lisäksi tarvitsimme luvan kerätä ja analysoida RAI- arviointi tietoa asiakkaista. Terveystieteiden huollossa luvan saannin keskeinen edellytys on tutkittavien oikeuksien toteutuminen muun muassa kunnioittava ja rehellinen kohtelu, anonymiteetti, oikeus saada tietoa koko tutkimusprosessin ajan. (Leino- Kilpi ym. 2008, 368.) Organisaatioissa on tutkimuslupaa varten erilaisia ohjeita ja kaavakkeita. Tässä tutkimuksessa käytimme itse kirjoitettua kaavaketta (LIITE 4). Eettisyyteen kuuluu myös se, että hoitotyöntekijän osallistuessa potilaita tutkivaan hank-

keeseen hän on heidän asianajajansa, jolloin tutkijan tehtävä on huolehtia, että asiakkaat saavat riittävästi tietoa tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta. (Leino- Kilpi ym. 2008, 368.)

RAI- arviointimenetelmien koulutusta on ollut vuosien varrella, tällä hetkellä on Avainosaaja koulutukset menossa Sotkamon kotihoidossa, silti usean liikuntaintervention ja vertailuarviointien välillä oli hienoista ristiriitaa. Asiakkaan toimintakyky oli parantunut niin asiakkaan omasta mielestä, kuin tutkimusten toteuttajien mielestä, palveluita oli jopa pystytty keventämään. Kuitenkaan toisessa arvioinnissa usean asiakkaan toimintakyky ei ollut RAI- arvioinnin mukaan muuttunut kaatumisia lukuun ottamatta. Koska arvioinnin mittarit kuvaavat usean kysymyksen keskiarvoja ja tutkimuksessa ei ole kiinnitetty huomiota keskiarvoja muodostaviin kysymyksiin ei selviä, mistä muuttumattomuus johtuu.

Voimavaralähtöinen työtapo voi vaatia uudelleen organisointia tai jopa totuttujen työtapojen pohtimista, mutta pitkällä tähtäimellä näin toimien voidaan parhaimmillaan vähentää ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Oikein toteutettu arviointi on sekä asiakkaan, että hoito henkilöstön hyöty, jonka avulla oikea-aikaiset palvelut kohtaavat. Sitoutunut henkilöstö on valmis opettelemaan uusia taitoja ja omaksumaan tietoja, joilla toteuttaa työtään parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan ja oman työyhteisönsä, sekä jaksamisensa hyväksi. Kalliolan (2012) pro gradu tutkielmassa todetaan, että hoitotyöntekijöiden sitoutuminen työhönsä liittyy olennaisesti työssä viihtymiseen, autonomiaan, ammatilliseen osaamiseen ja potilastyön palkitsevuuteen. Sitoutuminen auttoi jaksamaan työssä eläkeikään asti. Sairaanhoidajaliitto on myös samoilla linjoilla puhuessaan työnimusta. Sitoutunut henkilöstö tuottaa laadukasta hoitotyötä ja tahtoo kehittää osaamistaan, jonka myötä työssä viihtyminen lisääntyy. Työturvallisuuskeskus lisää tähän vielä tarpeen luottamukselle, koska ilman luottamusta voimavarana työntekijä ei sitoudu eikä myöskään kehitä toimintaansa (Kalliola, 2012; Suomen sairaanhoidajaliitto ry, hoitotyönkehittäminen; Työturvallisuuskeskus, alaistaitojen perusta, luottamus, sitoutuminen, motivaatio).

Hoitotyössä tarvitaan positiivista työnimua, jotta hoitaja jaksaa vuodesta toiseen toteuttaa hyvää hoitoa, kehittää omaa osaamistaan ja työyhteisönsä kasvua ja hyvinvointia. Hämeenkyrössä ja Ikaalisissa toteutettiin vuosina 2006–2008 ”Kiikun Kaakun- hanke”, jossa tavoitteena oli juurruttaa liikunta osaksi kotipalvelutyötä. Hyötyä liikunnan juurruttamisesta eivät saaneet pelkästään asiakkaat, vaan myös hoitajat kokivat toimintakykyä ylläpitävän työotteen lisäävän työn mielekkyyttä (Heinola & Luoma, 2007, 36–49).

Liikuntaintervention vaikuttavuutta olisi lisännyt se, että toimeksiannon saatuaamme olisimme siirtäneet tutkimuksen toteutuksen asiakasvalintoineen ja suunnitelmineen kokonaan Sotkan kotihoidon henkilöstölle. Työhön sitoutuminen olisi ollut vahvempaa, samalla myös henkilöstö olisi kaiken kaikkiaan tiennyt missä mennään ja mikä on tarkoitus. Selvästi se, että ulkoapäin tuodaan tietoa ja kerrotaan asioista, ei riitä sitouttamaan toimintaan eikä lisää tietoa, vaikka useissa palaverissa kävimme kertomassa tutkimuksesta.

Opinnäytetyöprosessin aikana havahduimme miettimään, kuinka hoitotyön laatua käytännössä on mahdollista lisätä kotihoitoon. Listasimme asioita, jotka vaikuttavat kotihoidon asiakkaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman, sekä arvioinnin toteuttamiseen. Mietimme myös, mitä seikat vaikuttavat siihen, kuinka hoitotyössä näihin seikkoihin päästään. Seuraavan sivun suosituksessa viitataan erilaisiin testeihin, joilla mitata iäkkään fyysistä toimintakykyä helposti ja luotettavasti. Tasapainon ja lihasvoiman mittareita on muun muassa kerätty yhteen Voimaa vanhuuteen - sivustolla, niitä löytyy myös hakukone Googlen® avulla. Yksinkertaisimmat ja nopeimmat käyttöön ovat SPPB -testi, eli lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö, joka soveltuu erikuntoisten iäkkäiden tasapaino- ja kävelyongelmien arviointiin. Bergin tasapainotesti tasapainon arviointiin, sekä TOIMIVA- testit, joka on tarkoitettu iäkkään fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen. (Voimaa vanhuuteen- iäkkäiden terveystoimintasuunnitelma, 2013.)

Jokaisessa työyksikössä olisi hyvä olla seinätaulu, joka on jokaisen nähtävillä ja jossa kerrotaan selkeästi, mikä on yksikön toiminta- ajatus, arvomaailma ja tulevaisuuden tavoite. Näin työntekijöiden on helpompi sisäistää toimintayksikön eettinen näkemys. Kangas ym. toteavat artikkelissaan Hallinnon tutkimus- lehdessä, (2011) että organisaatioilla on mahdollista muuttaa vallitsevaa toimintakulttuuria puuttamalla siihen. Puuttumisenkeinoiksi ehdotetaan eettistä koodistoa, eettisten näkökulmien avaamiseksi koulutuksen järjestämistä ja erityisesti tiedottamalla näkyvästi ja selkeästi organisaation eettisistä toimintalinjoista. Tämän kautta sekä johto, että alaiset tietävät, mitä heiltä odotetaan. Kannusteenä voidaan käyttää myös palkitsemisjärjestelmää. (Kangas, Lämsä, Huhtala & Feldt, 2013).

Suositus kotihoidon asiakkaan laadukkaan hoitotyön varmistamiseksi

Kotihoidon asiakkaan laadukkaan hoitotyön Suositukset

- **Kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn arviointi tehdään käyttämällä tasapainon - ja lihasvoiman mittareita**
- **Täytetään 3 päivän tarkkailukaavaketta asiakkaan luona ennen RAI- arvion koneelle kirjaamista**
- **Omahoitajan täyttämä RAI- arviointimenetelmä tehdään vähintään puolivuosittein**
- **Hoitosuunnitelma tarkistetaan RAI- arviointimenetelmän pohjalta**
 - **Kuntoutussuunnitelman lisääminen hoitosuunnitelmaan**
 - **Kuntouttavan työotteen käytön kirjaaminen**
 - **Hoito ja kuntoutussuunnitelmat asiakkaan luona selkeästi esille**
 - **Toteutuneen tai toteutumattoman toiminnan kirjaaminen potilasasiakirjoihin (Seurantakaavake kotiin)**

Lisäksi

- **RAI- arviointimenetelmä -koulutukset tasapuolisesti jokaiselle**
- **Koulutusta ja ohjausta työntekijöille erilaisten kuntoutusmuotojen ja arviointimenetelmien käytöstä**
- **Kuntouttava työote – ”työpajat” tiimien rajojen yli**
- **Kotihoidon visio, arvot ja tavoitteet – Seinätaulu jokaisen nähtäville**
- **Toteutuksen valvonta**
- **Kannustusjärjestelmä**

Edellä mainitut suositukset olemme nostaneet esille pohjautuen teoreettiseen viitekehykseen ja omiin havaintoihimme sekä omassa työssämme, että opinnäytetyön prosessin edetessä. Jokainen asiakkaan hoitotyöhön osallistuva tekee käytettävissä olevien resurssien ja voimavarojen sisällä hoitotyötä, taatakseen asiakkaalle mahdollisimman hyvän ja turvallisen kotona asumisen, pohjautuen tiedossa oleviin henkilökohtaisiin ja työyksikön arvoihin.

Tarkkailukaavakkeella mahdollistetaan asiakkaan moniammattillisesti toteutettu toimintakyvyn arviointi. Kotihoidon asiakkaan luona käy päivän aikana jopa useita hoitajia, joilla jokaisella on oma erityisosaamisensa. Kolmen päivän tarkkailukaavaketta täyttämällä, useamman hoitajan näkökulma yhdistettynä asiakkaan omaan näkökulmaan kuntoisuudesta, lisää arvioinnin kattavuutta ja sitä kautta hoitotyön laatua. Kirjaamalla sekä käytettävissä olevaan suunnitelmaan yhdessä sovitut menetelmät joilla kuntouttavaa työtä käytetään, että asiakkaan toteuttamat kuntoutustoiminnot, saadaan nopeasti kiinni asiakkaan toimintakyvyn muutokset.

Kuntouttavan työotteen käyttö voi vaatia myös esimieheltä seuranta. Seurannan avulla esimies voi kartoittaa koulutustarpeet mutta myös sen, toteutuuko yksikössä yhteisesti sovitut toimintalinjat. Palkitsemisjärjestelmänä esimerkiksi hyvin toteutetusta kuntouttavan työotteen käytöstä voisi olla henkilökohtainen palkkio, vapaatunti, liikuntaseteli tai jokin yhdessä palkittujen kanssa toteutettava toimintamuoto. Yksityisellä puolella, pienemmän mittakaavan yksikössä helpoin olisi nostaa esille tulospalkkaus.

6.2 Ammatillinen kasvu

Valmistuessaan sairaanhoitajaksi opiskelijan on osoitettava täyttävänsä ammatilliset kompetenssit eli työelämävalmiudet, jotka kuvaavat kykyä suoriutua ammatin vaatimista työtehtävistä. Hoitotyön kompetensseja ovat asiakkuusosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen, päätöksenteko osaaminen ja ohjaus- ja opetusosaaminen (Kajaanin ammattikorkeakoulu, opinto-opas 2011–2012, 17). Tässä opinnäytetyössä ammatilliset kompetenssit näkyvät mielestämme laajasti, erityisesti gerontologisen sairaanhoitajan näkökulmasta.

Terveydenedistämisen kompetenssi kulkee koko matkan mukana, sekä kansallisten ohjelmien ja suositusten kautta, että itse opinnäytetyön tutkimuksen kautta, jossa yksittäisten ikääntyneiden kotona selviytymiseen on pyritty vaikuttamaan myönteisesti. Jatkossa tutkimustulosten myötä myös toivomme tietoisuuden lisääntymisen kautta opinnäytetyön sanoman leviävän myös muiden ikääntyneiden kotonaan asuvien hoitotyöhön. Hoitotyön päätöksentekokompetenssia on joutunut pohtimaan hyvinkin sisältöjen kautta, tehden asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti suunnitelmia yhteistyössä asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilöstön kanssa. Asiakkaiden toimintakyvyn arviointia pitkin prosessia on joutunut tekemään, sekä alussa ennen kuin asiakkaat valittiin, että lopussa kun analyysiin valittiin asiakkaat. Moniammatillisuuden kompetenssia opinnäytetyön prosessin aikana on päässyt täysin uudesta näkökulmasta tarkastelemaan, opetellen hoitotyön asiantuntijuutta ja sen käyttämistä asiakaslähtöiseen yhteistyöhön. Ohjaus – ja opetusosaamisen kompetenssi on myös avautunut täysin uudella tavalla, vaatien prosessin aikana ymmärtämään näyttöön perustuvan tiedon hakua ja perusteluita. Opinnäytetyön aikana kuntouttava toiminta, eli ikääntyneen toimintakyvyn huonontumisen ennaltaehkäisy, sekundaari- ja tertiaaripreventiona kotihoidon asiakkaan kannustamisessa itsehoitoon sitoutumisessa on ollut tärkein ja kaikkia kompetensseja yhdistävä tekijä. Tulevana sairaanhoitajana osaamme ja tiedämme kuinka perustella toimintakyvyn ylläpitämistä. Näyttöön perustuvaa ja tutkittua tietoa osaamme myös sekä etsiä että käyttää todennäköisesti jopa nopeammin kuin ennen opinnäytetyön aloittamista. Prosessin aikana on etsitty tietoa useamman kerran verraten ja pohtien, mikä on tieteellinen, laadukas artikkeli tukemaan tuloksia tai perustelemaan aihetta.

Koska valmistumme gerontologisen hoitotyön sairaanhoitajiksi, tavoitteena on että hallitsemme iäkkään ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn saavuttamisen ja säilyttämisen. Sairaanhoitajaliiton listaamat gerontologisen sairaanhoitajan kompetenssit ovat terveyden edistäminen ja ylläpito, toimintakyvyn tukeminen ja sairauksien hoitaminen johon kuuluvat: Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi sekä toimintakykyä edistävä hoitotyö, turvallisen lääkehoidon toteutus sekä perhehoitotyö. Gerontologisen sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluu myös taito toteuttaa palliatiivista hoitotyötä. (Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, gerontologinen hoitotyö).

Opinnäytetyössä olemme voineet näyttää osaamisen juuri terveyden edistämisen ja ylläpidon, sekä toimintakyvyn tukemisen kompetensseissa. Sairaanhoitajuus ei ole pelkästään sairauksien hoitoa. Tärkein asia on ongelmien ennaltaehkäisy jo ennen sairastumista, tukien terveyttä ja toimintakykyisyyttä, jolloin ihmisen on mahdollisuus elää mahdollisimman tasapainoista,

onnellista elämää. Prosessin läpikäyminen ja sen sisäistäminen tulee viemään pitkään ja vaatii käytännön tasolla toteutettua sisäistämistä.

6.3 Opinnäytetyön hyöty

RAI -arviointi mittaristo on käytössä maakunnan kotihoidon yksiköissä. Toimintakykyisenä pysyminen mahdollisimman pitkään lisää tunnetta asiakkaan vaikutusmahdollisuuksista ja itsemääräämisoikeudesta, luoden tarpeellisuuden tunnetta asiakkaalle. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ja hoitajat hyötyvät opinnäytetyöstä, koska työssä tuotetaan tietoa siitä, kuinka asiakkaan toimintakyky muuttuu toteutetun liikuntaintervention jälkeen.

Opinnäytetyön ajatuksena oli tuoda näkyväksi kuntouttavaa työtä hoitotyön menetelmänä ja mahdollisesti osoittaa sen hyötyä kotihoidon asiakkaille. On havaittavissa, että jo pienillä teoilla ja kannustuksella asiakkaan kuntoisuutta on mahdollista parantaa ja näin ehkäistä muun muassa kaatumisia. Kotonaan asuvan ikääntyneen toimintakykyisenä pysyminen mahdollisimman pitkään vähentää palvelujen tarvetta ja mahdollistaa henkilöstön siirtymisen sinne, missä eniten tarvetta on. Opinnäytetyön avulla on myös tuotettu tietoa siitä, kuinka Sotkamon kotihoidossa toteutetaan vertailuarviointeja ja asiakkaan palveluntarpeen, sekä toimintakyvyn arviointia.

Ammattikorkeakoulu saa tietoa työelämässä käytössä olevasta toimintakyvyn arviointimenetelmästä. Jatkossa koulutuksissa voidaan hyödyntää jatkotutkimuksen aiheita, jotka tämä opinnäytetyö tuo mukanaan.

6.4 Jatkohankkeet

Kuntouttavan työotteen kirkastaminen voisi olla Sotkamon kotihoidon jatkohanke niin, että teoretiedon lisäksi työntekijät voisivat olla mukana itse pohtimassa sitä, mitä kuntouttava työote on juuri heidän työyhteisössään.

Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, miten muistineuvolan, ennakoivien kotikäyntien asiakkaiden ja omaishoidon tuella kotona asuvien, jotka eivät vielä ole palvelujen piirissä, toimintakyky muuttuisi liikuntaintervention jälkeen. Tulisiko heillä toteutettua itsenäisesti fyysisen

toimintakyvyn vahvistamista, koska iso osa ikääntyneistä ei tarvitse säännöllisiä palveluita, vaikka sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet lisääntyvät iän myötä.

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013) on todettu, että palvelujen tarpeen kasvuun on mahdollista vaikuttaa varautumisella ennakoon, tärkeimpänä varautumiskeinoista on terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. Palvelujen tarvetta on mahdollista siirtää myöhemmäksi hyvinvointia ja terveyttä edistävillä palveluilla. Esimerkiksi ennakkoivien kotikäyntien avulla löydetään ikääntyneet, joilla on mahdollisesti tulossa ongelmia kotona selviytymisensä kanssa ja puuttua näihin ongelmiin ajoissa. Sotkamossa toimii muun muassa Sotkamon kunnan liikuntatoimen ja Kainuun sote- yhtiön yhteistyössä toteutettu tasapainoryhmä, joka kokoontuu kahden viikon välein ja, johon asiakkaat valikoituvat muistineuvolan ja ennakkoivien kotikäyntien kautta. Elämänlaatua voidaan parantaa hyvinvoinnin ja terveydenedistämällä sekä palvelujen laadun parantamisella, unohtamatta kuitenkin ihmisten omaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Yhteiskunta ja ihminen itsessään voivat toinen toistaan tukien parantaa elämänlaatua. Iäkäskin ihminen on voimavarojensa mukaan osallistuja ja toimija, joka asettaa omat tavoitteensa ja toimintatansa oman hyvinvointinsa edistämiseksi (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 2013,24).

6.5 Johtopäätökset

Aiempien tutkimusten ja opinnäytetyön tutkimuksen tulosten perusteella kuntouttavalla työotteella ja kotihoidon asiakkaan liikuntainterventiolla on vaikutusta ikääntyneen elämänlaatuun ja fyysiseen toimintakykyyn. Tasapaino lisääntyy lihasvoiman kasvaessa, jolloin kaatumiset vähenevät. Ikääntyneen toimintakyky on mahdollista palauttaa tai ainakin parantaa hänen kotona selviytymistään.

Laadukas kotihoito sisältää riittävän kattavasti toteutetun toimintakykyarvion, jossa asiakkaan toimintakyvyn muutoksiin on kiinnitetty huomiota. RAI- arviointimenetelmä on oikein käytettynä yksi sellainen menetelmä. Toimintakyvyn oikea arviointi takaa oikea-aikaiset palvelut asiakkaalle. Sotkamon kotihoidossa tarvitaan vielä tämän menetelmän ohjausta ja opetteluja niin, että sen merkitys ja taito käyttää arviointimenetelmää on jokaiselle selkeä.

LÄHTEET

- Bowling. A. 2007. Enhancing later life: How older people perceive active ageing?
Julkaisu: Aging & Mental Health. Vol. 12, No. 3, May 2008, 293–301
- Doran. D.M., Hirdes. J.P., Regis. B., Baker. g. B., Poss. J. W., Li. X., Dill. D., Gruneir. A., Heckman. G., Lacroix. H., Michell. L., O’Beirne. M., White. N., Droppo. L., Foebel. A. D., Qian. G., Nahm. S-M., Yim. O., McIsaac. C. & Jantzi. M. 2013. Adverse events among Ontario home care clients associated with emergency room visit or hospitalization: a retrospective cohort study. Julkaisu: BMC Health Services Research 2013, 13:227. Viitattu 10.10.2013. Saatavilla internetissä www.biomedcentral.com
- Finlex
- Henkilötietolaki 1999/523
- Terveydenhuoltolaki 2010/1326
- Sosiaalihuoltolaki 1982/710
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785
- Finne-Soveri. H., Björkgren. M., Noro. A. & Vähäkangas. P., 2005. RAI-järjestelmän esittely teoksessa Noro. A., Finne-Soveri. H., Björkgren. M. & Vähäkangas. P. (Toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus, Rai- järjestelmä vertailukehittämiseksi. Viitattu 6.11.2013. Saatavilla internetistä www.julkari.fi
- Eskola.T. 2010. Kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen. Opinnäytetyö. Oulu. Viitattu 30.1.2013 Saatavilla internetissä www.publications.theseus.fi
- Heinola. R. Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit. 2007. Teoksessa Heinola. R. Asiakaslähtöinen kotihoito- opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. 2007. Vaajakoski. Gummerus, 99.
- Heinola. R & Luoma. M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola. R. Asiakaslähtöinen kotihoito- opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. 2007. Vaajakoski. Gummerus, 37–49.

- Heiskanen.H. 2012. Kongnitiivisten toimintojen yhteys fyysiseen toimintakykyyn ikääntyvässä väestössä- pro gradu. Jyväskylä. Viitattu 30.1.2013 Saatavilla internetissä www.jyx.jyu.fi
- Hirsjärvi.S., Remes.P. & Sajavaara. P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu. Tammi.
- Hägg.T., Rantio.M.,Suikki.P.,Vuori.A.&Ivanoff-Lahtela.P.2007. Hoitotyö kotona. Wsoy-oppimateriaalit
- Ilkko.R.2009. RAI-arviointijärjestelmän käyttöönottoprosessin johtaminen Sotkamon kotihoidossa -opinnäytetyö. Viitattu 6.11.12. Saatavilla internetissä www.publications.theseus.fi
- Ikäinstituutti. 2011. Ladattavat jumppaohjeet
- Blomstedt. T. Vuodevoimisteluohjelma ikääntyville.
- Urja. U. Kotivoimisteluohjelma ikääntyneille.
- Kävely kevyemmäksi, kotivoimisteluohjelma voiman ja tasapainon hankintaan.
- Voimaa vanhuuteen, Aamujumppa.
- Viitattu 1.6.2013. Saatavilla internetistä www.ikainstituutti.fi
- Juntunen. A. 2012- 2013. Tutkimustoiminnan perusteet luennot. Kajaanin ammattikorkeakoulu.
- Järventausta. H., Moisala. M. & Toivakka. S. 1999. Tutkimalla oppii: Tutkimusentekko-opas. WSOY. Porvoo, Helsinki, Juva.
- Kainuun ikääntymispoliittinen strategia ”Iän iloinen Kainuu”. 2012. www.kainuu.fi
- Kainuun maakunnan verkkosivut, 2013. Viitattu 6.11.2013. Saatavilla internetistä www.kainuu.fi
- Kainuu tilastoina 2013. Viitattu 6.11.2013. Saatavilla internetissä www.kainuu.fi
- Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2013. Opinto-opas 2011–2012,17. Viitattu 16.10.2013. Saatavilla internetissä www.kamk.fi
- Kalliola. N. 2012. Työhön sitoutuminen avaimena työssä jaksamiseen. Hoitotyöntekijöiden työuran aikaiset kokemukset työssä jaksamiseen liittyvistä tekijöistä. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylä. Viitattu 11.10.2013. Saatavilla internetistä www.jyx.jyu.fi
- Kangas. M., Lämsä. A-M., Huhtala. M. & Feldt. T., 2011. Suomalaisten johtajien itsearviointit eettisestä johtamistyylistään ja niiden yhteydet eettiseen organisaatiokulttuuriin – artikkeli. Hallinnon tutkimus 30 (2), 95–110.
- Kontio.M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Tukeva-hanke. Oulu.

- Kujala, A. (2010). Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen dementiayksikössä - opinnäytetyö. Viitattu 10.10.2013. Saatavilla internetissä www.publications.theseus.fi
- Liikunta (Online) Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki. 2012. Viitattu 11.11.2013. Saatavilla internetissä www.kaypahoito.fi
- Leino- Kilpi. H. & Välimäki. M., 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. 2009. Wsoy, Helsinki.
- Lonkkamurtuma (Online) Käypä hoito- suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. 2011. Viitattu 11.10.2013. Saatavilla internetissä www.kaypahoito.fi
- Manninen. H. 2005. Kuntouttavaa kotielämää, kuntoa arjen toimista ja apuvälineistä ikäihmiselle. Eläkeliitto ry. Priimuspaino.
- Meriläinen. T., Saari. T., Tolonen. A. 2010. Rai- arviointijärjestelmän käyttöönotkokokemuksia palvelukeskus Himmeliässä. opinnäytetyö. Kajaani.
- Metsämuuronen. J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3 uudistettu painos. Helsinki : International Methelp, 2008 (Jyväskylä : Gummerus kirjapaino)
- Outinen. M. 2002. Laatutyön monet mahdollisuudet- jokaiselle jotakin. Teoksessa Voutilainen. P., Vaarama. M., Backman. K., Paasivaara. L., Eloniemi-Sulkava. U., Finne-Soveri. H., 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu- opas laatuun. Saarijärvi. Gummerus, 205–208.
- Onija. Itki vanhus. Viitattu 20.10.2013. Saatavilla internetistä aarrerunot.com/Vanhuus
- Pajala. S. (2012). Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy-opas. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.11.2012. Saatavilla internetissä www.julkari.fi
- Rai- arviointi- ja seurantajärjestelmän kotisivut. Viitattu 6.11.2012. Saatavilla internetissä www.raisoft.fi
- Routio. P. 2005. Vertailu. Tuotetiede. Taideteollisen korkeakoulun virtuaaliyliopisto. Viitattu 14.2.2012. Saatavilla internetissä www.uiah.fi/virtu/materiaalit/tuotetiede/html_files/14112_totea.html
- Ruotsalainen. K. 2012. Väestö vanhenee- Heikkeneekö huoltosuhde? Tilastokeskus. Viitattu 15.10.2013. Saatavilla internetissä www.tilastokeskus.fi
- Suomen Sairaanhoitajaliitto ry
- Hoitotyön kehittäminen.
Gerontologinen hoitotyö.
Viitattu 15.10.2013. Saatavilla internetissä www.sairaanhoitajaliitto.fi

Sosiaali ja terveysministeriö (STM)

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. 2006. Viitattu 6.11.12. Saatavilla internetissä www.stm.fi

Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva -työryhmän muistio Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuus strategia 2009 – 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2013: 11

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) 2012–2015

Kotihoito. Viitattu 30.9.2013. Saatavilla internetissä www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 6.11.12. Saatavilla internetissä www.toimia.fi

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL)

Piste tapaturmille! – verkkosivusto, 2013.

RAI – Vertailukehittäminen, 2013.

Viitattu 14.2.2013. Saatavilla internetissä www.thl.fi

Tuomi. J. & Sarajärvi. A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9 uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Työturvallisuuskeskus. Alaistaitojen perusta - luottamus, sitoutuminen ja motivaatio. Viitattu 15.10.2013. Saatavilla internetissä www.ttk.fi

Valvira: Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet ja toteutus. Vanhusten ympärivuorokautinen hoiva ja palvelut, 2008. Viitattu 29.1.2013 Saatavilla internetissä www.valvira.fi

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Eettiset ohjeet terveydenhuollossa. Vanhus ja hoidon etiikka. Viitattu 29.1.2013. Saatavilla internetissä www.etene.fi

Vilka. H. 2007. Tutki ja havainnoi. 1-2 painos. Tammi. Helsinki. (Gummerus kirjapaino, Vaajakoski).

Voimaa Vanhuuteen- iäkkäiden terveystoimintaohjelma. Testejä liikuntakyvyn arvioimiseen. 2013. Viitattu 28.11.2013, saatavilla internetissä www.voimaavanhuuteen.fi/fi/terveystoiminta/liikkumiskyvyn+arviointi/testeja+liikkumiskyvyn+arvioimiseksi/

- Voutilainen, P. 2007. Laadun arvioinnin haasteet. Teoksessa Heinola, R. Asiakaslähtöinen kotihoito- opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. 2007. Vaajakoski. Gummerus, 13.
- Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A., 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin raportti 48/2012. Viitattu 6.11.2012. Saatavilla internetissä www.julkari.fi
- Wilberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteenlaitos, erityispedagogiikan yksikkö. Viitattu 17.3.2013. Saatavilla internetissä www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen
- Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto; Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää. 2010. Viitattu 23.1.2013. Saatavilla internetissä www.fsd.uta.fi/fi/laki_ja_etikka/etikka_lait.html

LIITELUETTELO

LIITE 1	Kysely hoitajille
LIITE 2	Saatekirje tutkimukseen osallistuville asiakkaille
LIITE 3	Aikataulu
LIITE 4	Tutkimuslupahakemus
LIITE 5	Liikuntaintervention kuntoutumisohjeet
	1/3 Kävely kevyemmäksi
	2/3 Aamujumppa
	3/3 Kotivoimisteluohtjelma
LIITE 6	Seurantakaavake



Hei,

Teemme opinnäytetyötä Sotkamon kotihoitoon ”RAI- arviosta kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan”. Vertailemme kahden RAI- arvion tuloksia fyysisen toimintakyvyn kautta keskenään niin, että niiden välissä on toteutettu tavoitteellista hoito- palvelu- ja liikuntasuunnitelmaa (HOPALISU). Työmme tavoitteena on lisätä hoitotyön laatua Sotkamon kotihoitoon. Kuljemme opinnäytetyö- prosessin aikana tiimin rinnalla tukien ja ohjaten, osallistuen esimerkiksi HOPALISU:n tekoon.

Missä hoitotyöntekijät kokevat olevan haasteita, on keskeinen tieto meille ennen RAI- arviointien tekoa.

Kyselyn vastaukset tulevat vain opinnäytetyöntekijöiden tietoon. Vastaukset tuhoaan opinnäytetyöprosessin päätyttyä asianmukaisella tavalla.

Vastausosoite on: [xxxxxxxxxxxxx](#) (Sirpa Makkonen) TAI [xxxxxxxxxxxxx](#) (Mira Ruuskanen)

Viimeinen vastauspäivä on: 24.04.2013

1. Mihin tarvitset tukea, ymmärrystä ja osaamista RAI- arvion ja HOPALISUn yhteen sovittamisessa?

Yhteistyöterveisin Mira ja Sirpa, SHM11K
Kiitos

TIEDOTE OPINNÄYTETYÖHÖN OSALLISTUVALLE ASIAKKAALLE

Olette saaneet mahdollisuuden osallistua opinnäytetyöhön Sotkamon kotihoidon henkilökunnalta. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tietojanne ei missään vaiheessa julkisteta. Tulokset käsitellään nimettömänä ja isomman ryhmän sisällä jolloin yhden ihmisen tulokset jäävät näkymättömiin.

Opiskelemme sairaanhoitajaksi Kajaanin ammattikorkeakoulussa. Opinnäytetyömme aiheena on ”**RAI- arviosta kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan**”. Työn tilaajana on Sotkamon kotihoito ja teemme tiivistä yhteistyötä työn tilaajan kanssa opinnäytetyön edetessä.

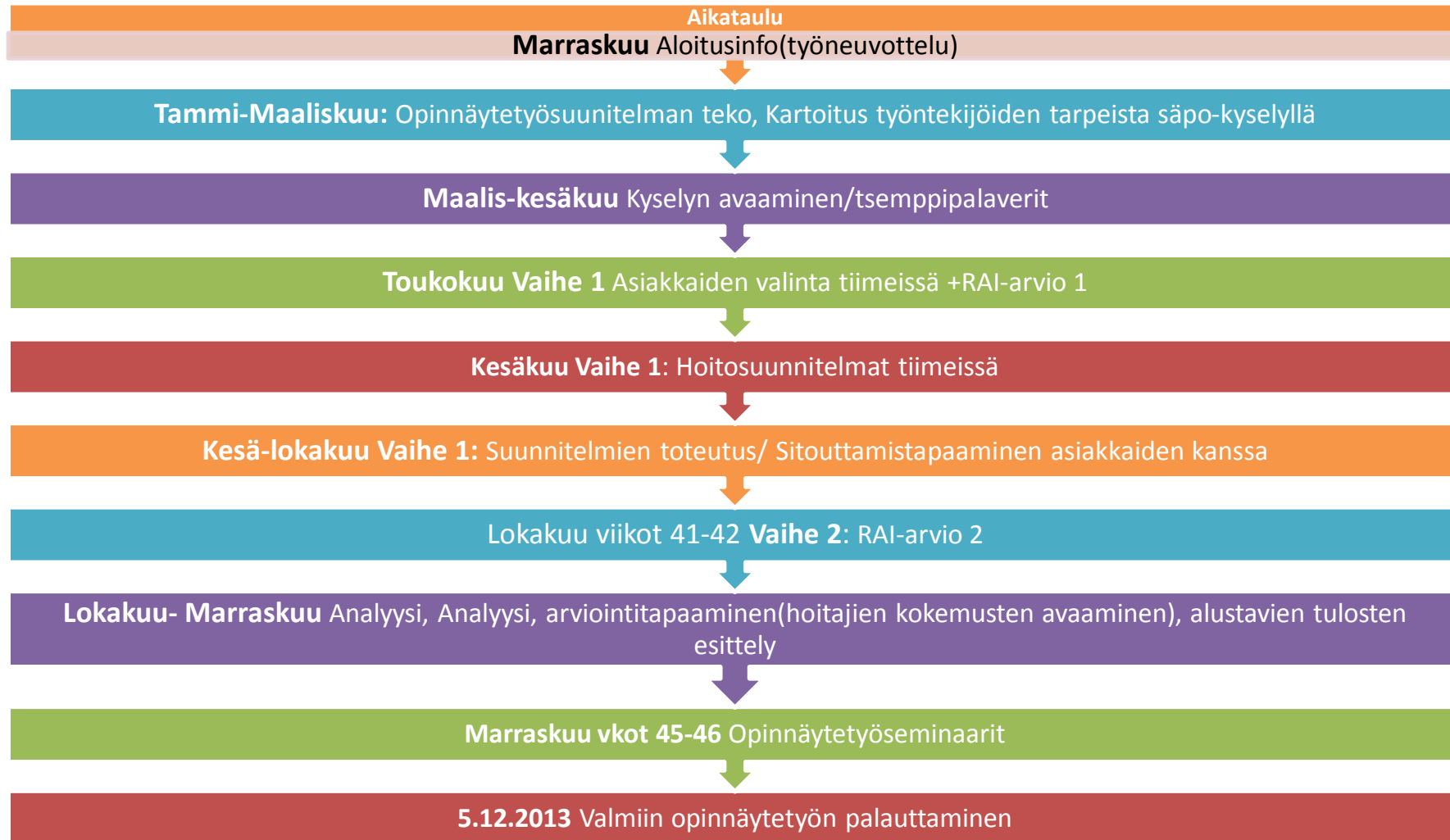
Haluamme tietoa, kuinka tavoitteellisen hoito- palvelu- ja liikuntasuunnitelman toteuttaminen vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn. Nykypäivänä puhutaan paljon ihmisen itsensä osallisuudesta ja ennaltaehkäisevästä työstä. Siksi olemme valinneet aiheeksi vertailla fyysisen toimintakyvyn muutosta kotihoidon asiakkaille jotka ovat säännöllisten palvelujen piirissä. Opinnäytetyö etenee niin, että teidän omahoitajanne tekee teille RAI- toimintakykyarvion. Tulosten perusteella tehdään kuntoutussuunnitelma jota toteutetaan neljän kuukauden ajan. Sen jälkeen tehdään uusi toimintakykyarvio ja näiden kahden arvion tuloksia vertaillaan keskenään. Tavoitteena on lisätä hoitotyön laatua Sotkamon kotihoitoon.

Suunnitelman avulla lisätään teidän fyysistä toimintakykyänne ja tasapainoa. Opinnäytetyön tuloksia käytetään jatkossa hyödyksi hoitotyössä. Opinnäytetyön suunnitelman on arvioinut Kajaanin ammattikorkeakoulun puolesta Pirjo Leskinen.

Lisätietoja saatte omahoitajaltanne tai tutkimuksen tekijöiltä

Sirpa Makkonen, sh-opiskelija, KAMK. puhelin: xxx xxxxxx

Mira Ruuskanen, sh-opiskelija, KAMK. puhelin: xxx xxxxxx



Tutkimuslupahakemus

Kevät 2013

Opinnäytetyön nimi: *RAI- arviosta kuntouttavaan hoitosuunnitelmaan***Työntilaaja:** Vanhuspalvelut/kotona asumista tukevat palvelut/Sotkamon kotihoito**Opinnäytetyön tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta:**

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoitotyöntekijöiden ymmärrystä ja osaamista tukemalla ja ohjaamalla hoito- palvelu- ja liikuntasuunnitelman toteuttamista ja tuoda kuntouttavaa työtettä näkyväksi RAI- arvion fyysisen toimintakyvyn osion kautta. Tavoitteena on lisätä hoitotyön laatua Sotkamon kotihoitoon. Toteutamme sähköpostikyselyn Sotkamon kotihoiton työntekijöille, jossa haetaan vastauksia meille siitä, missä hoitotyöntekijät tarvitsevat tukea laatia hoito- palvelu- ja liikuntasuunnitelman RAI- arvion fyysisen toimintakyvyn tulosten perusteella. Ensimmäisen RAI-arvion jälkeen moniammattillisena tiiminä tehdään kotihoidon asiakkaalle tavoitteellinen hoito- palvelu- ja liikuntasuunnitelma jota toteutetaan ennalta määrätyn ajan. Ongelmat, riskit ja voimavarat nostetaan RAI- toimintakykyarvion CAPs- mittareista ja tunnistamista, niin että hoitotyön tavoitteiden kautta kuntouttavan suunnitelman teko onnistuu. Ajanjakson jälkeen tehdään asiakkaille uusi RAI- toimintakykyarvio. Vertailemme näiden kahden RAI- toimintakykyarvion tuloksia keskenään.

Opinnäytetyön aikataulu: Tammikuu 2013- Joulukuu 2013**Raportointi:** Valmis opinnäytetyö toimitetaan työntilajalle Tammikuussa 2014**Kustannukset:** Tulevat pääasiassa tulosteista: Kyselykaavake työntekijöille, tulosteet opettajille. Matkakustannukset. Posterin teko. Opinnäytetyöntekijät huolehtivat itse matkakustannuksista ja posterin kustannuksista sekä opettajien tulosteista.

Mira-Maria Ruuskanen

Sirpa Makkonen

SHM11K

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Hoitotyönkoulutusohjelma/Gerontologinen hoitotyö

Lupa opinnäytetyöhön myönnetään hakemuksen perusteella	()
Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin	()

Hakemus hylätään,miksi	()
------------------------	-----

Pvm, allekirjoitus ja nimenselvennys

HAKEMUS HYVÄKSYTTY
16.4.2013

Liikuntainterventiossa käytetyt kuntoutumisen ohjeet, liikkeet ja ohjelmat valittiin yksilöllisesti kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn mukaan. Valitut liikkeet ympyröitiin ja vierelle liisättiin toistot sekä kuinka usein viikossa jumpkaa toteutetaan.

KÄVELY KEVYEMMÄKSI

Kotivoimisteluohjelma voiman ja tasapainon hankintaan



- Tee liikkeet rauhallisesti • Säilytä hyvä ryhti ja muista hengittää liikkeitä tehdessäsi
- Pidä pieni tauko jokaisen eri liikkesarjan välissä • Tehosta ohjelmaa käyttämällä 1 - 3 klon tarapainoja nilkoissa aloittaen kevyillä painoilla • Toista ohjelma päivittäin



1. Istu tuolilla selkä suorana. Ojenna vuorotellen oikea ja vasen jalka suoraksi rauhalliseen tahtiin. Toista liikettä 10-15 kertaa. Pidä tauko ja tee sama uudelleen.

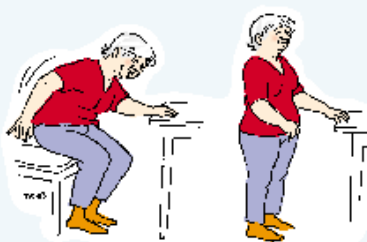
2. Seiso ja ota tukea tuolin selkänojasta tai pöydästä. Nosta vuorotellen oikea ja vasen polvi ylös. Toista molemmilla jaloilla 10-15 kertaa. Pidä tauko ja tee sama uudelleen.



- 3 a. Seiso ja ota tukea. Vie oikea jalka polvi suorana taakse ja laske alas. Toista liikettä 10-15 kertaa. Tee sama vasemmalla jalalla. Pidä tauko ja tee samat liikkeet uudelleen.

- 3 b. Seiso ja ota tukea. Vie oikea jalka kantapäätä edellä sivulle ja tuo takaisin. Toista liikettä 10-15 kertaa. Tee sama vasemmalla jalalla. Pidä tauko ja tee samat liikkeet uudelleen.

4. Seiso ja ota tukea. Nouse rauhallisesti varpaille ja laskeudu alas 10-15 kertaa. Pidä tauko, ravista jalkoja ja tee sama uudelleen.



5. Aseta tuoli seinää vasten. Istuudu tuolin etureunalle. Kumarru eteenpäin ja nouse ylös seisomaan. Toista liikettä 10-15 kertaa. Pidä tauko ja tee sama uudelleen.



Ikäinstituutti

Piristä nyt mieli, keho – huomaa aamujumpan teho!



Lantio ylös yksi ja kaksi,
nousun teet näin helpommaksi.



Vatsan päälle nosta jalkaa,
kyllä veri kiertää alkaa.



Puolelta toiselle polvet kierrä,
niin ei päivällä lonkkia hierrä.



Hartia ylös, katse kurkkaa,
kohti vastakkaista nurkkaa.



Jalka ylös, nilkkaa pumppaa,
tää on hyvää aamujumppaa.



**Nouse, keinu ja kallista,
löytyiskö kaveri hallista?**



Hyvin alkaa päivä tuo,
kun lasin vettä ensin juo.



KOTIVOIMISTELUOHJELMA

Istu tuolissa tukevasti,
ryhdikkäänä.

Pidä jalkapohjat lattiassa.

Tee liikkeet huolellisesti.

Älä pidätä hengitystäsi.

Toista kukin liike useita kertoja.

Voimistele päivittäin.

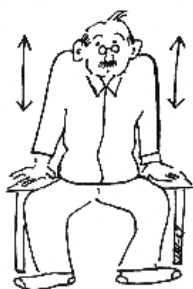
1. Reipasta "marssia", kädet
• heilahtavat mukana.



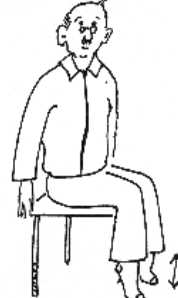
2. Keinahtelua pakaralta toiselle
• "valssin" tahtiin.



3. Hartioiden nosto ylös,
• pudotus rentona alas.



4. Varpaat ylös, kannat ylös,
• vuorotellen. ("ompeelukone")



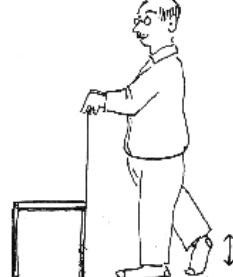
5. Kyynärpään kosketus vastak-
• kaiseen polveen.
Sama toisella.



6. Kädet kevyesti vatsan päällä.
• Vatsan veto "kuopalle"
vatsalihaksia jännittäen.



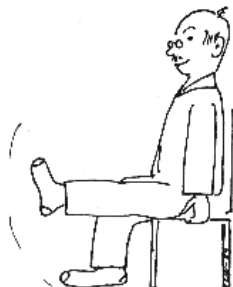
7. Tuki tuolin selkänojasta, toin-
• en jalka suoraan takana. Jalan
nosto lattiasta polvi suorana.



8. Laaja "kampaussiike" otsalta
• taakse niskaan, vuorokäsin.



9. Jalan ojennus suoraksi eteen
• nilkka koukussa. Pidetään
hetki. Sama toisella.



10. Syvä sisäänhengitys ja
• selän ojennus. Ulospuhal-
lus ja selän pyöristys. Kaksi kertaa.
Lopuksi hyvä ryhti.



11. Aamuin illoin vuoteessa:
• selinmakuulla polvet
koukussa, lantion nosto ylös,
lasku alas.



Piirroksat: Ulla Urja



Ikäinstituutti

LIITE 6 Liikuntaintervention seurantakaavake asiakkaan luona

[illegible]

